Aus:
Städtisches Krankenhaus Neukölln, Rudower Str. 56, 1000 Berlin 47
Direktor: Prof. Dr. K. Holldack

Krankmeldungen und Kongreßbesuche männlicher Ärzte, die als Angestellte oder Beamte in drei Berliner (West) Bezirken arbeiten.

Versuch einer empirischen Untersuchung

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin
1977

vorgelegt von
Horst Plat
Berlin

1977

Aus:
Städtisches Krankenhaus Neukölln, Rudower Str. 56, 1000 Berlin 47
Direktor: Prof. Dr. K. Holldack

Krankmeldungen und Kongreßbesuche männlicher Ärzte, die als Angestellte oder Beamte in drei Berliner (West) Bezirken arbeiten.

Versuch einer empirischen Untersuchung

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin
1977

vorgelegt von
Horst Plat
Berlin

Referent: Prof. Dr. K. Holldack

Korreferent: Prof. Dr. Dr. G. Fuchs

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 23.2.1977

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
-.	Vorwort	3
I.	Einleitung	4
Ia.	Gegenstand und Zielsetzung	6
II.	Material und Methodik	7
III.	Empirische Untersuchungen	16
1.	Krankmeldungen nach Übernahme ärztlicher Verantwortung mit Berufsbeginn	16
2.	Beziehung von Berufseintritt und erstem Kongreßbesuch	17
3.	Besteht ein fachgebietsabhängiger Bezug zum Zeitpunkt der ersten Krankmeldung?	19
4.	Aufteilung der 100 durchgehend verfolgbaren Ärzte in vier Gruppen	22
4.1	Gegenüberstellung der Gruppen	22
4.1.2	Abituralter, Medizinstudiumdauer, Abstand Abitur-Medizinstudium	36
4.1.3	Vergleich der Abteilungen mit verschiedener Interruptiozeit Abitur-Medizinstudienbeginn	43
5.	Beziehung zwischen Position und Kongreßbesuch	56
5.1	Beziehung zwischen Position und Krankmeldung	58
5.1.1	Drückt sich die Positionsverbesserung unmittelbar in einer Veränderung der Krankmeldehäufigkeit aus?	62
6.	Für alle 188 Ärzte der Untersuchung (geltende Durchschnittswerte bei Fehlzeiten)	63

Seite

6.1 Gegenüberstellung häufig und selten Krankmeldender 63
7. Eine Beeinflussung der Krankmeldefrequenz oder der Fehltage der männlichen Ärzte einer Fachabteilung durch Häufigkeit und Dauer der Krankmeldungen des jeweiligen Chefarztes ist nicht feststellbar 67
8. Kongreßangebote - Kongreßbesuche 67
8.1 Vergleich von viel mit wenig kongreßbesuchenden klinisch tätigen Ärzten 68
9. Vergleich von 174 der 188 Ärzte dieser Untersuchung für die Zeit vom 1.10.1967- 30.9.1968 (Krankmeldungen - Kongreßbesuche) 72
10. Beziehung Alter- Krankmeldung 80
10.1 Beziehung von Fachgebiet zu Krankmeldung bzw. Fehlzeit einer Altersgruppe (29-38 Jahre 1968) für die Zeit 1961-1968 90
10.2 Zeitliche Verteilung der Krankmeldungen 94
11. Drückt sich besondere Berufsinteressiertheit mit unter anderem dem Erfolg der Chefarztposition in einer besonders kurzen Interruptiozeit Abitur-Medizinstudiumbeginn, besonders kurzer Studiendauer und niedrigem Abituralter, insgesamt als Ausdruck besonderer beruflicher Zielstrebigkeit,aus? 99
11.1 Abituralter 104
11.2 Studienzeit 105

		Seite
11.3	Heiratsalter	108
11.4	Interruptiozeit-jährliche Krankmeldezeit	109
11.5	Väterliche Berufe	109
12.	Beziehung von Zahl und Dauer der Stellungen zu Krankmelde-häufigkeit und -dauer	110
IV.	Schlußbemerkung	120
V.	Zusammenfassung	123
VI.	Literaturverzeichnis	128

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549607_0008

Vorwort

Anregung und Thematik der vorliegenden Arbeit verdanke ich Herrn Professor Dr. Holldack, dem ich auch für seine Förderung und seinen persönlichen Einsatz beim Erschließen der Möglichkeit zur indirekten Einsichtnahme in die der Arbeit zugrunde liegenden Personaldaten zu Dank verpflichtet bin.

Für die statistische Beratung bin ich Herrn Professor Dr. Dr. Fuchs von der F.U. Berlin sehr zu Dank verpflichtet. Frau Professor Dr. M. Blohmke (Universität Heidelberg), Herrn Professor Dr. v. Ferber (Universität Bielefeld), Frau Dr. H. Lange vom Institut für Dokumentation und Information über Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (Bielefeld) und Herrn Huer vom Bundesverband der Ortskrankenkassen (Bonn-Bad Godesberg) möchte ich an dieser Stelle noch einmal für ihre wertvollen Hinweise und ihre Unterstützung meiner Bemühungen um geeignete Literatur danken.

Ohne die aufgeschlossene Mitarbeit der Angestellten der von mir aufgesuchten Personalstellen hätte ich die Arbeit nicht beginnen können. Für ihre mir gewährte Hilfe bedanke ich mich sehr.

I. Einleitung

Die ersten wissenschaftlichen Untersuchungen über Absentismus (Fehlzeiten=Fernbleiben eines Arbeitnehmers von seinem Arbeitsplatz) sind während des ersten Weltkrieges aus der englischen Munitions- und Rüstungsindustrie bekannt geworden (Ulich, 1965).

In der Fülle der seitdem diesem Thema gewidmeten Literatur nimmt weiterhin der "industrielle Absentismus" die führende Stelle ein. Die Betriebe der Industrie sind in erster Linie an einer Klärung der Ursachen als Ansatzpunkte für eine Effektivitätssteigerung interessiert.

Es hat sich gezeigt, daß das Fehlen am Arbeitsplatz vielfältige Gründe haben kann. Individuelle organische und psychische sowie sozioökonomische Faktoren scheinen eine Rolle zu spielen, über deren gegenseitige Beeinflussung durchaus noch keine Klarheit besteht.

Industriebetriebe bieten für entsprechende Untersuchungen außerdem den Vorteil eines großen,relativ gut überschaubaren und gut erfaßbaren Untersuchungskollektives, das statistisch relevante Aussagen ermöglicht und daher bis in die jüngste Zeit bevorzugtes Objekt für Fehlzeitstudien geblieben ist.

Jedoch können diese Untersuchungen für die vorliegende nur sehr bedingt vergleichend herangezogen werden, u.a. weil einerseits zwar nach H. Stirn (1966) bei Angestellten die stundenweise Abwesenheit zur Erledigung privater Angelegenheiten stärker als bei den Arbeitern ausgeprägt ist, anderer-

seits jedoch die Fehlzeiten bei Arbeitern im allgemeinen höher liegen als bei Angestellten und Beamten (Spiegelhalter und Schnabel (1962b), Frederking (1969), Ulich (1965), Blohmke (1969), Blohmke, Depner, Frederking, Stelzer (1970)). Dennoch werden im folgenden häufig Ergebnisse, die in der Industrie und an Arbeitern gewonnen wurden, zitiert werden.
Man wird wohl mit H. Schäfer davon ausgehen können, daß der Arbeiter besonders häufig seine Arbeit nicht als "Beruf" gewählt hat. Neben der materiellen Sicherstellung führt er sie eher um der Freizeit als um ihrer selbst willen aus.

Allerdings findet sich bei H. Sopp (1958) auch ein gegensätzlicher Befund. Beim Vergleich von Vertretern der unteren Beamtenlaufbahn mit Arbeitern des gleichen Betriebes kommt er zu dem Ergebnis, daß die durchschnittlich auf jeden entfallende Zahl von Krankentagen insgesamt bei den Beamten größer als bei den Arbeitern ist.
Bei den Arbeitsverhältnissen als Arbeiter, Angestellter und Beamter werden in allen gefundenen Untersuchungen außer bei den Arbeitern und gelegentlich den Beamten keine weiteren Differenzierungen (z.B. des Berufes) vorgenommen. Bei den Beamten beschränkt sich die Differenzierung auf die Laufbahn. Nur bei den Arbeitern werden verschiedene Ausbildungs- und Qualifikationsgrade und die am Arbeitsplatz bzw. im Betrieb eingenommene Position berücksichtigt und zur Gegenüberstellung herangezogen.

Ia. Gegenstand und Zielsetzung

Gegenstand dieser Arbeit sind 188 städt. angestellte oder beamtete Ärzte, deren durch Krankmeldung entstandene Fehlzeiten am Arbeitsplatz und deren Kongreßbesuche zueinander und zu einigen beruflichen und außerberuflichen Personalien in Beziehung gesetzt werden.

Es soll in der vorliegenden Arbeit versucht werden, für einen akademischen Beruf ursächliche Zusammenhänge bzw. Tendenzen beim Zustandekommen von Fehlzeiten durch Krankmeldung zu finden, wobei besonders der Frage nachgegangen werden soll, ob Engagement zu und in einem durch Verantwortung in sehr unmittelbarer Form gekennzeichneten Beruf einen Einfluß auf Zahl und Dauer von Krankmeldungen hat. Hierbei wird dem Besuch von wissenschaftlichen Fachkongressen als möglichem Parameter für Identifizierung mit dem Beruf besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Der Einstellung zur Arbeit wird von mehreren Autoren ein entscheidender Einfluß auf den Krankenstand des einzelnen zugesprochen, so z.B. von R. Pierloot, L. Gelissen und M. Reynders (1960).

II. Material und Methodik

Zur Verfügung standen Personalangaben von 188 Ärzten, davon waren 181 Deutsche und 7 Ausländer (3 Perser, 1 Syrer, 1 Inder, 1 Jugoslawe, 1 Schweizer). Sämtliche Ärzte waren zum Zeitpunkt der Angabenerhebung (1968/69) Angestellte oder Beamte der Stadt Berlin. Die Personalangaben stammen aus drei Westberliner Bezirken, sie wurden anonym von einem zur Einsicht befugten Senatsangestellten den Personalunterlagen der Ärzte entnommen. Eine direkte Befragung der Ärzte war zu keinem Punkt möglich oder vorgesehen, sodaß über Motivationen nur indirekt geschlossen werden kann und subjektives Erleben der Betroffenen in die Untersuchung nicht einfließt.

Nach Ulich (1965) ergab die Fehlzeitenforschung zwar eine Reihe von gesicherten Ergebnissen, es sei jedoch "im Einzelfall außerordentlich schwierig, zwischen verschiedenen Einflußgrößen zu differenzieren". Als Einflußgrößen ergaben sich aus den Untersuchungen besonders das Lebensalter, das Geschlecht, der Familienstand, die Art des Beschäftigungsverhältnisses (Arbeiter, Angestellter, Beamter), die Jahreszeit, die Entlohnungsform (Stücklohn-Zeitlohn), Teamarbeit und das Verhalten des Vorgesetzten.

Als mögliche Einflußgrößen haben nach Ulich zu gelten: Ermüdung, Monotonie, Mangel an Verantwortungsbewußtsein, außerbetriebliche Schwierigkeiten, Unzufriedenheit mit der Arbeit, schlechtes Betriebsklima, Mangel an Anpassung am Arbeitsplatz u.a..

Andere Faktoren, wie z.B. der Grad der Verantwortlichkeit der ausgeübten Tätigkeit, Verdiensthöhe und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall sind nach Ulich nicht hinreichend gesichert oder haben sogar als "vollkommen ungesichert" zu gelten.

Bei ihren Untersuchungen über Fehlzeiten gehen die verschiedenen Autoren einerseits von medizinisch-biologischen, andererseits von psycho-sozialen Voraussetzungen in ihren Fragestellungen aus. So unterscheidet z.B. v.Ferber (1969) 1. Die medizinische Fragestellung zur Feststellung der Morbidität und 2. Die arbeitssoziologische Fragestellung zur Untersuchung der Beziehungen zwischen Arbeitskampf und Krankheit.

Bei Einblick in die umfangreiche Literatur zum Fehlzeitenproblem fällt jedoch auf, wie unbefriedigend letztlich die Frage nach Ursache und Wirkung dieser beiden Aspekte beantwortet bleibt, sodaß man Blohmke, Depner, Frederking und Stelzer (1970) zustimmen kann, "daß die noch weitgehend ungeklärten Probleme der Fehlzeiten im Betrieb weder ausschließlich mit Methoden und Theorien der Soziologie noch mit denen der Medizin zu lösen sind, sondern daß dazu eine Kooperation beider Disziplinen nötig ist". Sieht v. Ferber das Fehlzeitenproblem in einem größeren soziologischen Zusammenhang, z.B. als legales Kampfmittel der Arbeitnehmerseite (v. Ferber 1962 u.1968), so finden Blohmke et al. (1975), "daß die Ursachen für Fehlzeiten ohne Zweifel weitaus mehr im medizinischen Bereich als im sozialen zu suchen sind".

"Die Fachliteratur verteilt sich über unzählige Veröffentlichungen, die in verschiedenen Sprachen abgefaßt sind, und die zumeist nach Problemstellung und Verfahren unvergleichbar sind, zumal sehr ver-

schiedene Fachgebiete, wie Psychologie, Medizin, Arbeitswissenschaft, Soziologie zu den vielfältigen Aspekten dieser Literatur beigetragen haben" (Baldamus,1975).—Für die vorliegende Arbeit wurde versucht, folgende Angaben in einem selbstzusammengestellten Fragebogen aus den Personalunterlagen der einzelnen Ärzte zusammenzufassen:

1. Geburtsdatum
2. Religion
3. Familienstand
4. verheiratet seit
5. geschieden seit
6. Zahl der Kinder
7. Geburtsdatum der Kinder
8. Datum der Abiturprüfung
9. Schulart (Schwerpunktfächer)
10. Datum des Medizinstudiumbeginns
11. Datum des medizinischen Staatsexamens
12. Zahl und Art der bisherigen Stellungen
13. Dauer der jetzigen Stellung
14. Fachrichtung
15. Augenblickliche Position
16. Zahl und Dauer der Krankmeldungen
17. Zahl der Kongreßbesuche
18. Beruf u. Stellung des Vaters bzw. des Erziehungsberechtigten
19. Zahl der Geschwister

    Angaben über die Ehefrauen der Ärzte

20. Geburtsdatum
21. Religion

22. Mitarbeit außer Haus

23. Beruf bzw. Stellung

Für die Positionen 16 und 17 waren den Personalunterlagen fast nur Angaben für die Zeiten eines Arbeitsverhältnisses bei der Stadt Berlin (Bezirke), selten für die Zeiten eines Arbeitsverhältnisses beim Land Berlin (Freie-Universität-Berlin) und nicht für die Zeiten eines Arbeitsverhältnisses an konfessionellen oder privaten Krankenhäusern, außerhalb von West-Berlin oder die Jahre vor 1945 zu entnehmen.

Das erste Heiratsdatum (Pos.4) fehlt gelegentlich bei Wiederverheirateten, ungenaue Angaben tauchen in den Pos. 18 und 19 auf. Die Pos. 19 und Angaben über die Ehefrau fehlen gelegentlich. Die Arbeit beschäftigt sich nur mit männlichen Ärzten, um geschlechtsspezifische Abweichungen zwischen Männern und Frauen auszuschließen. So stellt z.B. W. Schmidt (1967) in einer Untersuchung an 3086 Arbeitnehmern (2492 Männer und 594 Frauen) fest: "Frauen fehlen (signifikant) häufiger als Männer".

Zum selben Ergebnis kommen W. Gafafer u. R. Sitgraves (1945), Spriegel, Staehle u. Kleemeier (1943), H. Prigge (1962), Metze (1962), H. Sopp (1966) u.a..

V. Miskolczy (1968) schreibt:" Nur 27 v.H. der menstruierenden Frauen sind nach unseren Erfahrungen in Ungarn beschwerdefrei, 5,05 v.H. sind arbeitsunfähig, die anderen haben mehr oder minder große Beschwerden. Wenn regelwidrige Blutungen bestehen, ist die Arbeitskraft der Arbeiterin verstärkt vermindert". Und über die Frau im Klimakterium (Nach W.Pschyrembel (1969)... "Übergangsphase von der vollen Geschlechtsreife zum Senium der Frau"):" Die Wechseljahre drücken ihren Stempel dem ganzen Orga-

nismus auf, deshalb muß auch der Zustand des gesamten Organismus vom Gesichtspunkt der Arbeitseignung überprüft werden ."
Dabei soll nicht unerwähnt bleiben, daß es auch beim Mann zum sog. "Klimakterium virile" kommen kann.
Auf weitere mögliche Gründe wie Doppelbelastung in Beruf und Haushalt, die andere Bedeutung der Arbeit außer Haus für die Frau gegenüber der beim Mann bzw. der anderen Einschätzung der Frauenarbeit in Familie und Gesellschaft und die auf den Mann zugeschnittene Arbeitswelt soll hier nicht näher eingegangen werden.
W. Schmidt (1967) stellte an 1866 krankheitsbedingten Fehlzeitenfällen, beinhaltend die ärztlich legitimierten und wegen ihrer Kürze nicht legitimierungsbedürftigen Fehlzeiten ohne Fehlzeiten infolge Unfall, Heilverfahren oder Kuren, die 1449 männliche und 417 weibliche Arbeitnehmer umfaßten, fest, daß Männer bei den Abwesenheitsfällen unter 6 Wochen Dauer seltener fehlten als Frauen. Erst bei Fehlzeiten von über 6 Wochen pro Jahr (Oktober 1962 - September 1963) besteht diesbezüglich zwischen Männern und Frauen kein nennenswerter Unterschied mehr. An dem gleichen Kollektiv stellte er fest, daß kein statistisch signifikanter Unterschied in der Verteilung bezüglich der Dauer der Fehlzeiten zwischen beiden Geschlechtern besteht. Auch Spiegelhalter und Schnabel (1962b) kommen in ihrer 1961 durchgeführten Repräsentativerhebung zu dem Ergebnis, daß Frauen häufiger krankheitsbedingt fehlen.
Jedoch fanden sie hinsichtlich der Krankheitsdauer keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.
Desgleichen fanden einen höheren Krankenstand der Frauen gegenüber den Männern u.a. Sopp (1962) in einer Bundesbehörde, Stirn (1963)

und Ulich (1965), der in seiner Arbeit eine Reihe weiterer Autoren mit demselben Ergebnis aus den Jahren 1945 bis 1965 anführt.

Eine Arbeit mit einem grundsätzlich anderen Ergebnis konnte nicht gefunden werden.

Eine Interpretation der oben aufgeführten Befunde entspricht nicht der Absicht dieser Arbeit, sie sollten allein die Beschränkung der Untersuchung auf männliche Ärzte erläutern.

Definitionen zur vorliegenden Arbeit

Krankmeldebedingte Fehlzeit (=Krankmeldung):

Jeder durch ärztliche Bescheinigung legitimierte Arbeitsausfall und jedes Fehlen am Arbeitsplatz, das wegen der Kürze des Fehlens dieser Legitimation nicht bedarf und vom Arbeitgeber als krankheitsbedingt anerkannt ist, einschließlich Unfall, Berufskrankheit, Kur und Heilverfahren. Sie wird in Kalendertagen pro Arzt angegeben, schließt also ggf. freie Wochenenden und Feiertage mit ein.

Kongreßbesuch:

Besuch einer Veranstaltung, für die vom Arbeitgeber Freistellung von der Arbeit bei Gehaltsfortzahlung (oder ohne Gehaltsfortzahlung) erfolgt, die der persönlichen Fort- oder Weiterbildung oder der entsprechenden Ausbildung anderer dient oder deren Besuch im unmittelbaren Interesse des Krankenhauses liegt, an dem der Betreffende arbeitet.

Nicht erfaßt sind Abend- oder Nachmittagsveranstaltungen oder Zusatzausbildungen über die eigentliche Berufstätigkeit hinaus bzw. die krankenhausinterne Weiter- oder Fortbildung. Damit werden z.B.

für das Jahr 1966 75% der von Stockhausen (1968) erfaßten Fortbildungsveranstaltungen nicht erfaßt. Nach Stockhausen bestehen 75% aller in Westdeutschland und Westberlin abgehaltenen Fortbildungsveranstaltungen, die "im ärztlichen Kreis- und Berufsverein und von den medizinischen Fakultäten unserer Universitäten und den Fachabteilungen unserer großen Kliniken" abgehalten werden, aus 1,5-3-stündigen Veranstaltungen, "die sich aber weitgehend der Beachtung und Registrierung durch die Öffentlichkeit entziehen".

Assistenzärzte: Unabhängig von der tatsächlichen Funktion im Krankenhaus unter dieser Bezeichnung angestellte Ärzte.

Oberärzte: Unabhängig von der tatsächlichen Funktion unter dieser Bezeichnung geführte im Krankenhaus arbeitende angestellte oder beamtete Ärzte.

Chefärzte: Beinhaltet die Funktion des ärztlichen Leiters einer Krankenhausabteilung bzw. eines dirigierenden Arztes und die eines ärztlichen Direktors eines Krankenhauses.

Gesundheitsamtärzte: Beim Gesundheitsamt eines Bezirkes angestellte oder beamtete Ärzte, die nicht therapeutisch im Rahmen eines Krankenhauses sondern als Amts- oder Fürsorgeärzte tätig sind.

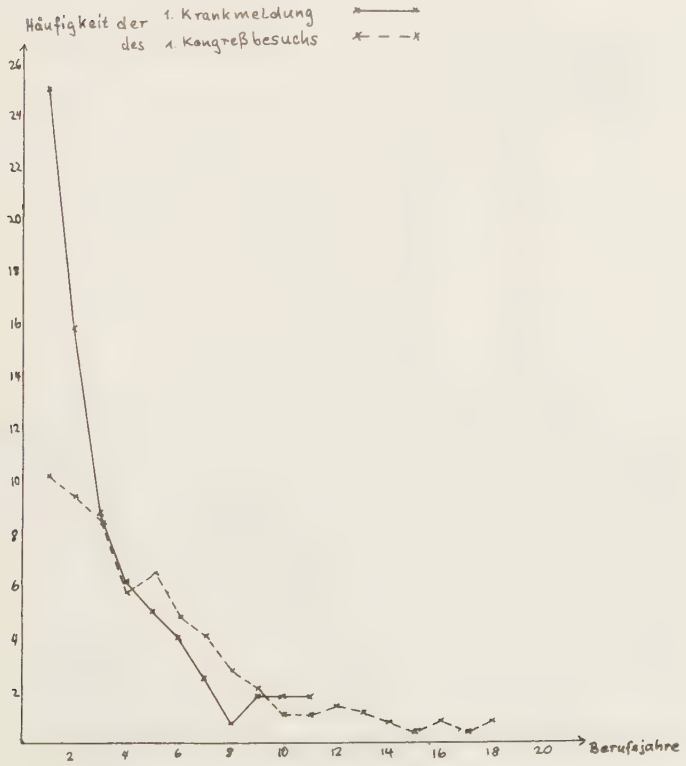
Die Fachzuordnung der klinisch tätigen Ärzte erfolgte entspr. ihrem beim Arbeitgeber angegebenen Fachrichtungsziel oder entspr. ihrer Facharztanerkennung. Wo beides nicht vorlag, wurde der betreffende Arzt dem Fachgebiet zugeordnet, in dem er zum Zeitpunkt der Datenerhebung tätig war.

Stellung: Anstellung an einem Krankenhaus oder einer Behörde an einer oder verschiedenen Stellen derselben Institution.

Stellungswechsel: Wechsel zwischen Krankenhäusern, Bezirksgesundheitsämtern oder von einem zum anderen.

Für die folgende empirische Untersuchung konnte der Verfasser keine in Thema und Zusammensetzung der untersuchten Gruppe entsprechende Arbeit finden, die unmittelbar vergleichend hätte herangezogen werden können.

	Krankmeldungen	Kongreßbesuche
Keiner in 1 Jahr	12	12
" " 2 Jahren	6	6
" " 3 "	6	4
" " 4 "	3	3
" " 5 "	2	—
" " 6 "	—	2
" " 7 "	—	1
" " 8 "	—	—
" " 9 "	—	2
" " 10 "	—	—
" " 11 "	—	—
" " 12 "	—	1
" " 13 "	—	—
" " 14 "	—	—
" " 15 "	—	—
" " 16 "	1	—
" " 17 "	—	—
" " 18 "	—	—
" " 20 "	—	—
" " 21 "	—	—
" " 22 "	1	—



Kurve 1 (gleitendes Mittel)

III. Empirische Untersuchungen

1) Krankmeldungen nach Übernahme ärztlicher Verantwortung mit Berufsbeginn

100 Ärzte sind vom Berufsbeginn an bis 1968(69) durchgehend verfolgbar. die verfolgbare Berufszeit reicht von 1 bis 25 Jahren (ab 1945). Bei 70 dieser 100 Ärzte sind eine oder mehrere Krankmeldungen registriert. Zur ersten Krankmeldung kommt es

im	1.	Berufsjahr	bei 25 Ärzten
	2.	"	bei 14 "
	3.	"	bei 8 "
	4.	"	bei 4 "
	5.	"	bei 6 "
	6.	"	bei 5 "
	7.	"	bei 1 "
	8.	"	bei 1 "
	10.	"	bei 4 "
	11.	"	bei 1 "
	20.	"	bei 1 ".

Bei 28 Ärzten kommt es in den verfolgbaren 1 - 5 Berufsjahren zu keiner Krankmeldung, bei einem nicht in 17, bei einem weiteren Arzt nicht in 22 Berufsjahren (siehe Kurve 1: das gleitende Mittel der Krankmeldungen und Kongreßbesuche der Gruppe der 100 Ärzte). Jeder vierte Arzt meldet sich also im ersten Berufsjahr das erste Mal krank. Danach fällt die Kurve der Erstkrankmeldungen steil ab, und es kommt im zweiten bis vierten Berufsjahr zusammen fast genauso oft zur ersten Krankmeldung wie im ersten Berufsjahr. Dennoch kann aus dem Verlauf der Kurve der Erstkrankmeldungen nicht unmittelbar auf einen Zusammenhang zur Übernahme ärztlicher

Verantwortung geschlossen werden. Dieser Frage soll später weiter nachgegangen werden, ebenso wie die Gruppe der Frühkrankmeldenden noch genauer untersucht werden soll.

2) Beziehung von Berufseintritt und erstem Kongreßbesuch

Bei derselben Arztgruppe kommen in derselben Zeit bei 62 Ärzten Kongreßbesuche vor, allerdings kommt es nur bei 10 v.H. der hundert Ärzte im ersten Berufsjahr zum ersten Kongreßbesuch, im zweiten bis vierten Berufsjahr kommt es dagegen bei 25 v.H. zum ersten Kongreßbesuch.

Während die Krankmeldungen im ersten Berufsjahr sich zu den im Gesamtbeobachtungszeitraum nicht Krankmeldenden verhalten wie 5:6, ist das Verhältnis bei den Kongreßbesuchen fast 1:4. Zum ersten Kongreßbesuch kommt es

im	1.	Berufsjahr bei	10 Ärzten
	2.	" bei	14 "
	3.	" bei	4 "
	4.	" bei	7 "
	5.	" bei	6 "
	6.	" bei	6 "
	7.	" bei	2 "
	8.	" bei	4 "
	9.	" bei	2 "
	11.	" bei	1 "
	12.	" bei	2 "
	13.	" bei	1 "
	15.	" bei	1 "
	17.	" bei	1 "
	19.	" bei	1 ".

Entsprechend flacher verläuft in Kurve 1 die Kongreßbesuchskurve gegenüber der Kurve der Krankmeldungen. Gegenüber deren steilem Abfall liegt der Gipfel der ersten Kongreßbesuche mit 14 Ärzten im zweiten Berufsjahr (10 Ärzte im 1. Berufsjahr).

Eine Aussparung der frisch approbierten Ärzte aus der Verteilung der Kongreßbesuche auf die Ärzte, wie sie von J. Stockhausen und R. Schiffbauer vorgenommen wird, scheint diese Verteilung dennoch nicht zu rechtfertigen, zumal sich der Erstkongreßbesuch im zweiten Berufsjahr von dem im ersten weniger abhebt als von dem im dritten Berufsjahr (4 Ärzte).
Im Gegensatz zur vorliegenden Untersuchung werden bei jener der genannten Autoren die seit 1966 in zweijährigen Abständen von der Bundesärztekammer durchgeführten schriftlichen Befragungen verwertet, die sämtliche Fortbildungsveranstaltungen berücksichtigen, einschließlich zum Beispiel der ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen in Krankenhäusern und Ortsvereinen der Landesärztekammern. Unter anderem wird dabei auch nach der Zahl der Teilnehmer gefragt, deren Gesamtzahl "nur derjenigen Zahl von Ärzten gegenübergestellt" wird, "die nach Berufsalter, Berufssituation und Arbeitsbereich generell für eine Teilnahme an der ärztlichen Fortbildung im Bereich der Allgemeinmedizin der einzelnen Fachbereiche nach derzeitigen Gegebenheiten in Betracht kommen". So werden zum Beispiel Medizinalassistenten auch bei den krankenhausinternen Fortbildungsveranstaltungen nicht mitgezählt. Ebenso 50 v.H. der in Verwaltung und Industrie tätigen Ärzte. Eine Unterscheidung von Fortbildung und Weiterbildung wird nicht vorgenommen. Zwischen angestellten bzw. beamteten und frei praktizierenden Ärzten wird nicht unterschieden.

In der vorliegenden Untersuchung haben von den 100 im Beruf durchgehend verfolgbaren Ärzten 36 = 36 v.H. in den ersten drei Berufsjahren keine Krankmeldung, aber 55 = 55 v.H. keinen Kongreßbesuch. Daß dies nicht Ergebnis noch relativ großer Ausbildungsnähe ist, soll später noch gezeigt werden.

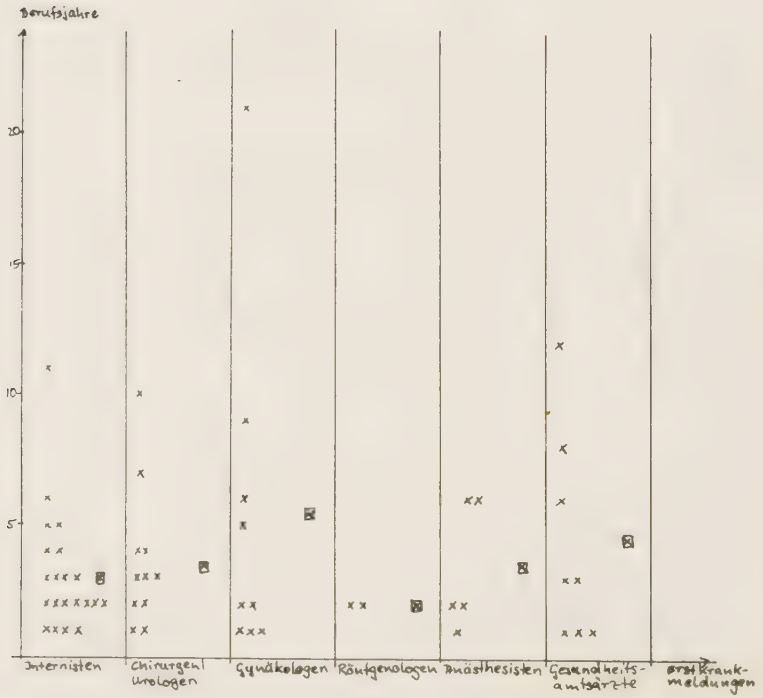
3) Besteht ein fachgebietsabhängiger Bezug zum Zeitpunkt der ersten Krankmeldung?

Die sämtlichen hierzu herangezogenen 188 Ärzte dieser Untersuchung verteilen sich auf 16 Fachgebiete. Zu einer zusätzlichen Reduzierung der Unterlagen kommt es durch fehlende Angaben über die ersten Berufsjahre (z.B. erste Tätigkeit im Krieg, in nicht-städtischen oder außerhalb Berlins liegenden Krankenhäusern). Daher können tatsächlich nur 75 Ärzte in 6 Fachabteilungen mit zwischen 28 und 6 Ärzten pro Abteilung miteinander verglichen werden (Internisten, Chirurgen-Urologen, Gynäkologen, Röntgenologen, Anästhesisten, Gesundheitsamtsärzte. (-s. Medianwertdarstellung).

Medianwertdarstellung

Die Zahlen sind zu klein für eine statistische Auswertung

⊠ – Medianwert



1. Internistisch tätige Ärzte (28), davon haben
   21 = 75% 1. Krankmeldung durchschnittlich
   im 3,09. Berufsjahr
   7 = 25% keine Krankmeldung in 1 - 2,5 Jahren
2. Chir.-urol. tätige Ärzte (12), davon haben
   11 = 92% 1. Krankmeldung durchschnittlich
   im 3,64. Berufsjahr
   1 = 8% keine Krankmeldung in 3,5 Jahren
3. Gynäkologisch tätige Ärzte (15), davon haben
   9 = 60% 1. Krankmeldung durchschnittlich
   im 5,33. Berufsjahr
   6 = 40% keine Krankmeldung in 2 - 5 Jahren
4. Röntgen. tätige Ärzte (6), davon haben
   4 = 67% keine Krankmeldung in 1 - 17 Jahren
   2 = 33% 1. Krankmeldung durchschnittlich
   im 2. Jahr
5. Anästhes. tätige Ärzte (6), davon haben
   5 = 83% 1. Krankmeldung durchschnittlich
   im 3,40. Berufsjahr
6. Im Gesundheitsamt tätige Ärzte (8), davon 100%
   1. Krankmeldung durchschnittlich
   im 4,37. Berufsjahr

(Prozentzahlen abgerundet)

19 Ärzte haben also keine Krankmeldung im jeweiligen Beobachtungszeitraum. Bei den gyn. tätigen Ärzten kommt es im Durchschnitt relativ spät zur ersten Krankmeldung, ebenso wie

bei Röntgenologen und Gesundheitsamtärzten. Bei den Internisten, Chirurgen und Anästhesisten kommt es etwa nach durchschnittlich derselben Zeit zur ersten Krankmeldung (3. - 3,6. Berufsjahr), bei den Internisten haben aber 25% der 28 Ärzte keine Krankmeldung in 1 - 2,5 Jahren.

4) Aufteilung der 100 durchgehend verfolgbaren Ärzte in vier Gruppen

Gruppe A: im ersten Berufsjahr Kongreßbesuch (10 Ärzte)
Gruppe B: im ersten Berufsjahr Krankmeldung (25 Ärzte)
Gruppe C: in den ersten drei Berufsjahren kein Kongreßbesuch (55 Ärzte)
Gruppe D: in den ersten drei Berufsjahren keine Krankmeldung (34 Ärzte)

20 der 100 Ärzte fallen in keine der vier Gruppen.

4.1 Gegenüberstellung der Gruppen

1) Nur ein Arzt ist gleichzeitig in Gruppe A und Gruppe B. (s. Tabelle 1)

2) 16 Ärzte der Gruppe B (64%) sind gleichzeitig in Gruppe C.

Alle 188 Ärzte in Tabelle 4 sind für ihre Berufszeit von 1945 - 1968/69 in drei Zeitgruppen entsprechend der jeweils überwiegenden Position in dieser Zeitgruppe nach ihren durchschnittlichen Fehltagen, Krankmeldungen und Kongreßbesuchen aufgeteilt. An der gleichen Aufteilung soll ein Vergleich in Gruppe A, Gruppe B bzw. den beiden untereinander vorgenommen werden.

Tabelle 1

x = Zahlen in Klammern: über mindestens 1 Jahr aber nicht über 3 Jahre kontinuierlich von Berufsbeginn an verfolgbare Ärzte.

1. Kongreßbesuch

1. Krankmeldung	1. Berufsjahr	2. u. 3. Berufsjahr	Ø in 3 Berufsjahren	Gr.
1. Berufsjahr	1	5	16 (3)x	22 (3) B
2. u. 3. Berufsjahr	1	4 (1)	15 (2)	20 (3)
Ø in 3 Berufsjahren	3 (5)	7 (1)	24 (12)	34 (18) D
	5 (5)	16 (2)	55 (17)	76 (24)
Gr.	A		C	

Tabelle 2

Aufteilung der 100 Ärzte nach Position (Kliniker und nicht klinisch tätige).

+ = In keine der Gr. A bis D einzuordnen.

Assistenz-ärzte	Ober-ärzte	Chef-ärzte	Ges.-amt-ärzte
52 (20)+	14	6	8

Tabelle 3

Verteilung der Positionen in vier Gruppen. Die Gesamtzahl der Ärzte liegt hier über 100, da ein Teil der Ärzte in zwei Gruppen gleichzeitig vertreten ist.

	Assistenz-ärzte	Ober-ärzte	Chef-ärzte	Ges.-amt-ärzte	davon Fachärzte
Gruppe A (10)	10	-	-	-	2
Gruppe B (25)	17	4	1	3	13
Gruppe C (55)	31	10	6	8	31
Gruppe D (34)	19	8	3	4	19

		1945 - 1952	1953 - 1960	1961 - 1968/69
Chef-Ärzte		(7)	(15)	(26)
Fehltage		4,80	2,62	5,38
Krankmeldungen	pro	0,33	0,18	0,32
Kongreßbesuche	Berufsjahr	0,39	1,37	1,11
Oberärzte		(8)	(14)	(24)
Fehltage		1,23	6,99	3,65
Krankmeldungen	pro	0,06	0,35	0,38
Kongreßbesuche	Berufsjahr	0,21	0,48	0,95
Assistenzärzte		(19)	(37)	(116)
Fehltage		11,55	5,40	7,92
Krankmeldungen	pro	0,20	0,32	0,39
Kongreßbesuche	Berufsjahr	0,05	0,25	0,25
Fürsorge-Ärzte		(8)	(17)	(22)
Fehltage		21,74	4,28	4,88
Krankmeldungen	pro	0,51	0,49	0,53
Kongreßbesuche	Berufsjahr	0,05	0,19	0,33

Tabelle 4

3) Nur 10 der 100 durchgehend verfolgbaren Ärzte gehören zur Gruppe A (Kongreßbesuche im ersten Berufsjahr). Alle sind Assistenzärzte, achtmal liegt der Berufsbeginn in der jüngsten Zeitgruppe und nicht vor 1966, einmal Berufsbeginn 1960 und einmal 1959. Zwei Ärzte der Gruppe A sind Fachärzte (s. Tabelle 3). Gruppe A hat das niedrigste Durchschnittsalter der vier Gruppen (s. Tabelle 8).

4) Die 25 Ärzte der Gruppe B (im ersten Berufsjahr Krankmeldung) verteilen sich über alle vier Positionen (s. Tabelle 3), 50% von ihnen sind Fachärzte, nur ein Arzt beginnt ohne vorherige klinische Tätigkeit als Gesundheitsamtarzt und wird daher aus dem Vergleich mit den Ärzten der Gruppe A herausgenommen. Der Berufsbeginn liegt in Gruppe B viermal in der ältesten und siebenmal in der mittleren Zeitgruppe.

5) Vergleichbar sind Gruppe A und B bei Fehltagen, Krankmeldungen und Kongreßbesuchen also nur bei den klinisch tätigen Assistenzärzten in der jüngsten Zeitgruppe bzw. für die Assistenzarztzeit in dieser Zeitgruppe vor Positionsveränderung (in Gruppe B). Dadurch stehen den 10 Ärzten der Gruppe A nur 20 der 25 Ärzte der Gruppe B in Tabelle 5 gegenüber. Die durchschnittliche Beobachtungszeit pro Arzt beträgt in Gruppe A 3,44 Jahre, in Gruppe B 5,34 Jahre. Die Assistenzärzte der Gruppe B weisen insgesamt mehr Fehltage und Krankmeldungen und weniger Kongreßbesuche als der Assistenzarztdurchschnitt in den drei Zeitgruppen entsprechend Tabelle 4 auf.

Tabelle 5

Werte in Klammern: Gesamtdurchschnittswerte aller Assistenzärzte für die jeweilige Zeitgruppe, entspr. Tabelle 4.

Ärzte	Gruppe A	Fehltage/ Jahr	Krankmeldung/ Jahr	Kongreßbesuche/ Jahr
Ø	1945-52	--	--	--
2	1953-60	Ø (5,40)	Ø (0,32)	1 (0,25)
10	1961-68/ 69	6,59 (7,92)	0,38 (0,39)	0,61 (0,25)
	Gruppe B			
4	1945-52	7,32 (11,55)	0,61 (0,20)	Ø (0,05)
10	1953-60	22,83 (5,40)	0,98 (0,32)	0,22 (0,25)
20	1961-68/ 69	13,25 (7,92)	0,80 (0,39)	0,15 (0,25)

6) Ein umgekehrtes Bild ergibt sich für die Gruppe A (im ersten Berufsjahr Kongreßbesuch), d.h. früher Kongreßbesuch geht hier einher mit häufigem Kongreßbesuch, wenigen Krankmeldungen und wenigen Fehltagen pro Jahr, frühe Krankmeldung geht einher mit häufiger Krankmeldung, vielen Fehltagen pro Jahr und seltenem Kongreßbesuch.

7) Entsprechend dem zunehmenden Kongreßangebot nach 1945, der erste Kongreßbesuch der in dieser Untersuchung erfaßten 188 Ärzte liegt im Jahr 1949, erklärt sich der Aufbau der Gruppen A und C (in den ersten drei Berufsjahren kein Kongreßbesuch): 80% der Ärzte in der Gruppe A haben ihren Berufsbeginn in der jüngsten Zeitgruppe (Gesamtdurchschnitt der 80 Ärzte der

	Gruppe A (10 A)		Gruppe B (25 A)		Gesamte Ärzte d. Gruppen A-D (80 A)		Ges. Ärzte d. Gruppen A-D über 37 J. (72 A)		Gruppe C (55 A)		Gruppe D (34 A)	
	absol.	v. Hundert	absol.	v. H.	absol.	v. H.	absol.	v. H.	absol.	v. H.	absol.	v. H.
1945–52	ø	ø	5	20	16	20	16	22,2	15	27,3	8	23,5
1953–60	2	20	7	28	21	26,2	21	29,2	16	29,1	9	26,5
1961–68/69	8	80	13	52	43	53,8	35	48,6	24	43,6	17	50,0

Tabelle 6

Berufseintrittsalter, eingeteilt in drei Jahresgruppen, für die Ärzte der Gruppen A–D. Gesamtzahl der Ärzte der Gruppen A–D 80; für die Gruppen C und D davon 72 Ärzte vergleichbar (über mindestens 3 Jahre ab Berufseintritt kontinuierlich verfolgbar).

Gruppen A-D 53,7%), dagegen nur 43,6% der Assistenzärzte der Gruppe C, aber 27,3% der Assistenzärzte der Gruppe C haben den Berufsbeginn in der ältesten Zeitgruppe (Gesamtdurchschnitt entsprechend Tabelle 6 für die über mindestens drei Jahre durchgehend verfolgbaren Ärzte der Gruppen A-D 22,2%). Die Gruppe A dagegen ist in der ältesten Zeitgruppe nicht vertreten und in der mittleren Zeitgruppe entsprechend dem vergleichbaren Gesamtdurchschnitt untervertreten (s. Tabelle 6).

Sämtliche Ärzte der Gruppen A-D werden in Tabelle 6 als Vergleichsmaßstab für die Gruppe A und B herangezogen, aber nur die 72 Ärzte von ihnen, die über mindestens drei Jahre kontinuierlich vom Berufseintritt an verfolgbar sind, werden zum Vergleich für die Gruppen C und D (kein Kongreßbesuch bzw. keine Krankmeldung in den ersten drei Berufsjahren) herangezogen.

8) Deutlich übereinstimmender verhalten sich die Zeitgruppen der Gruppe B (Krankmeldung im ersten Berufsjahr) und der Gruppe D (keine Krankmeldung in den ersten drei Berufsjahren) zueinander und zu den jeweiligen Gesamtgruppendurchschnitten in Tabelle 6. Das heißt also, daß sowohl Frühkrankmeldungen als auch längere krankmeldungsfreie Zeit über die Zeit von 1945 - 1968/69 etwa gleich bleiben.

9) In Tabelle 1 fällt auf, daß von den 34 Ärzten der Gruppe D 24 (mehr als 70%) gleichzeitig in Gruppe C (kein Kongreßbesuch in den ersten drei Berufsjahren) vertreten sind, und daß 16 der 22 über die ersten drei Berufsjahre verfolgbaren Ärzte der Gruppe B gleichzeitig in Gruppe C vertreten sind.

Tabelle 7

Aufteilung nach Zeit des Berufsbeginns.

Ärzte i. Gr.	C + D (24)		C + B (16)		nur C (15)	
	absol.	v.H.	absol.	v.H.	absol.	v.H.
1945-1952	8	33,33	4	25	3	20
1953-1960	7	29,16	5	31,25	4	26,67
1961-1968/69	9	37,50	7	43,75	8	53,33

Tabelle 7 zeigt, daß die starke Vertretung der Gruppe C in Gruppe D und B durch eine Überrepräsentation in den beiden ältesten Berufsbeginnjahrgängen bzw. Unterrepräsentation in der jüngsten Zeitgruppe zustande kommt, entsprechend der Entwicklung des Kongreßangebotes 1945 - 1969. Dabei sind also zu vergleichen die Spalte C+D in Tabelle 7 mit der Gruppe D in Tabelle 6 und die Spalte C+B in Tabelle 7 mit der Gruppe B in Tabelle 6. Es besteht also bei spätem ersten Kongreßbesuch und gleichzeitig früher Krankmeldung (Gruppe C+B) einerseits und spätem ersten Kongreßbesuch und später erster Krankmeldung (Gruppe C+D) andererseits grundsätzlich dieselbe Tendenz bezüglich der Verteilung auf die drei Zeitgruppen für den Berufsbeginn, die offensichtlich durch den geringen Kongreßbesuch in den ersten Jahren nach 1945 entsprechend dem geringen Angebot der hier erfaßten Art von Kongressen in diesen Jahren im wesentlichen bestimmt wird. Dabei sind allerdings die Zahlen so klein, daß ein eventuell doch vorhandener Einfluß von früher oder später erster Krankmeldung in der Zeitverteilung der sich gleichzeitig in Gruppe C befindenden Ärzte der Gruppen B(frühe Krank-

meldung und D späte Krankmeldung) leicht übersehen werden kann.

Andererseits zeigt die Rest-C Gruppe (15 Ärzte)in Tabelle 7 im Vergleich mit der Gesamtgruppe A-D (72 Ärzte) in Tabelle 6 die entgegengesetzte Tendenz, eventuell als Anzeichen dafür, daß das Angebot allein nicht den Kongreßbesuch bestimmt, zumindestens dann nicht, wenn ein gewisser "Angebotspegel" (zusammen mit den hier nicht erfassten Weiterbildungsformen) überschritten ist, oder dafür, daß ein Teil der hier erfaßten Ärzte auf das Kongreßangebot nicht eingeht, aus welchen Gründen auch immer.

10) Ein Vergleich der Ärzte der Gruppen A-D, die ihre Tätigkeit in der Klinik begonnen haben, wie ihn Tabelle 8 darstellt, stellt die Gruppen nur wenig verändert dar. Wie oben erwähnt, hebt sich die Gruppe A (früher Kongreßbesuch) durch ihr geringes Durchschnittsalter von den anderen Gruppen ab, deren Durchschnittsalter (1966) untereinander nur um maximal 1 Jahr differiert, während die Gruppe A mehr als 6 Jahre jünger als die nächstältere Gruppe ist.

Aus Tabelle 8 ergibt sich im Vergleich unter den Gruppen

1. der Krankmeldungshäufigkeit pro Jahr
2. der Fehlzeitentage pro Jahr
3. der Dauer der Krankmeldung
4. der Krankmeldungsdauer pro Erkrankungsjahr
5. des Kongreßbesuches pro Jahr
6. des Durchschnittsalters für die Gruppen A-D

1.1. früher Kongreßbesuch bedeutet viel Kongreßbesuch und später Kongreßbesuch relativ wenig Kongreßbesuch.

2.2. Frühe Krankmeldung bedeutet häufige und langandauernde Krankmeldung, späte Krankmeldung seltene und kurze Fehlzeiten pro Jahr.

3.3. Früher Kongreßbesuch bedeutet kurze Dauer pro Krankmeldung, später Kongreßbesuch lange Krankmeldungsdauer.

4.4. Kein Gegensatz besteht zwischen Krankmeldefrequenz und -dauer, wie ihn Sopp (1958) feststellte, als er bei Zunahme der Krankmeldehäufigkeit eine Tendenz zum Absinken der jeweiligen Krankheitsdauer fand.

Auch Taylor (1967) fand eine mit dem Alter ansteigende Gesamtzahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr durch die längere Dauer pro Krankheitsfall gegenüber jüngeren Menschen, die häufiger aber kürzer fehlten.

Auf die Bedeutung des Lebensalters soll an anderer Stelle weiter eingegangen werden. Jedoch soll schon hier darauf hingewiesen werden, daß die jüngsten Jahrgänge, mit denen ältere in den genannten Untersuchungen verglichen werden, in der vorliegenden Untersuchung selbstverständlich fehlen müssen. Die jüngsten Ärzte mit denen hier verglichen werden kann, sind 15 bis 20 Jahre älter, als die jüngsten Arbeitnehmer jener Untersuchungen, wozu dann noch die in der Differenzzeit liegende Ausbildungszeit zu berücksichtigen ist.

5.5. Kein Antagonismus besteht zwischen Krankmeldehäufigkeit und Kongreßbesuchsfrequenz.

6.6. Zwischen Alter und Krankmeldung ist keine Beziehung erkennbar.

Dabei haftet allen Vergleichen, die die Gruppe A einbeziehen allerdings besonders die geringe Ärztezahl dieser Gruppe und die kurze durchschnittliche Berufszeit in ihr als Mangel an.

Tabelle 8

	Krankmeldungshäufigkeit pro Jahr	Fehlzeitentage pro Jahr	Dauer in Tagen pro Krankmeldung	Krankmeldungsdauer pro Erkrankungsjahr (in Tagen)	Kongreßbesuch pro Jahr	Durchschnittsalter (1966) (in Jahren)	Durchschnittszahl der Berufsjahre
Gruppe A (10 Ärzte)	0,26 x	2,99	9,86	10,71	0,83	30,6	3,50
Gruppe B (24 Ärzte)	0,87 x	12,32	20,60	23,96	0,38	36,9	8,96
Gruppe C (53 Ärzte)	0,45 x	6,85	18,00	20,35	0,30	37,9	11,20
Gruppe D (33 Ärzte)	0,14 x	1,80	9,39	10,14	0,44	37,0	10,30

In Tabelle 8 sind nur Ärzte berücksichtigt, die ihre Tätigkeit in der Klinik begonnen haben.

11) Gruppe B hat das höchste Berufseintrittsalter der vier Gruppen. Besteht eine Beziehung zwischen Berufseintrittsalter und Gruppenzugehörigkeit? - Das Berufseintrittsalter in den Gruppen A,C und D liegt zwischen 29,2 und 29,9 Jahren. In Gruppe B beträgt es 31,1 Jahre. Das niedrigste Berufseintrittsalter hat die Gruppe D mit 29,2 Jahren: Höchstes Berufseintrittsalter bei den Frühkrankmeldenden, niedrigstes bei den Spätkrankmeldenden.
Insgesamt fällt in Tabelle 9 das hohe Berufseintrittsalter auf, das in allen Zeitgruppen aller Gruppen über 28,5 Jahre liegt, wobei das Berufseintrittsalter bei einigen wenigen Ärzten bei 25 bzw. 25,5 Jahren liegt.

Wie Koch in einer Einführung zur "Bestallungsordnung für Ärzte" beschreibt, wurde entsprechend einer Verordnung vom 22.12.1927 die Mindeststudiendauer von bisher 10 Semestern auf 11 Semester neu festgelegt, zuzüglich eines schon seit 1901 bestehenden praktischen Jahres, das es bis 1939 gab. Von da an gehörte es nicht mehr zu den Voraussetzungen der Approbation, sondern nur zur Vorbereitung auf die Niederlassung, entsprechend dem "Landvierteljahr". Mit der Bestallungsordnung vom 17.7.1939 erfolgte eine weitere Studienverkürzung auf 10 Semester bei inzwischen weiter gewachsener Stoffülle und erweiterter Zahl von Prüfungsfächern, sicher mit Hinblick auf den Ärztebedarf im Kriegsfall. Die Durchführung in und nach dem Kriege bereitete erhebliche Schwierigkeiten, sodaß die Fakultäten uneinheitlich eine Reihe von Bestimmungen nicht mehr durchführten, was sicher insgesamt zu einer Studienverkürzung führte, was wohl den Umstand des niedrigsten Berufseintrittsalters

Tabelle 9

	Gesamtdurchschnittsalter		Gruppe A		Gruppe B		Gruppe C		Gruppe D	
	Alter	Ärzte	Alter	Ärzte	Alter	Ärzte	Alter	Ärzte	Alter	Ärzte
1945 - 1952	30 J.	14	/	/	33,2 J	4	28,7 J.	13	28,6 J.	7
1953 - 1960	30,1 J.	21	31 J	2	30,8 J.	7	30,2 J.	16	30 J.	9
1961 - 1968/69	29,8 J.	43	29,7 J.	8	30,6 J.	13	30,1 J.	24	29,1 J.	17
Gruppen durchschnittsalter			29,9 J.	10	31,1 J.	24	29,8 J.	53	29,2 J.	33

Berufseintrittsalter der in der Klinik beginnenden Ärzte der Gruppen A-D. In der Spalte "Gesamtdurchschnittsalter" sind 2x auftretende Ärzte nur aus einer Gruppe berücksichtigt.

bei den hier untersuchten Ärzten gerade in den ersten Nachkriegsjahren, in denen genügend äußere Hinderungsgründe für einen glatten Studienablauf vorlagen, zu einem erheblichen Teil erklärt.

Weiterhin kam es durch die Einführung von Trimestern während des zweiten Weltkrieges zu einer Studienzeitverkürzung.

Laut Bestallungsordnung vom 15. September 1953, die am 1.4.1954 in Kraft tritt, wird das praktische Jahr wieder eingeführt und auf zwei Jahre erweitert, was eine Gesamtausbildungszeit von mindestens 7,5 Jahren ergibt.

12 Schuljahre plus 6 1/2 Jahre Ausbildung bis 1954 lassen ein Berufseintrittsalter von 24 bis 25 Jahren erwarten. Tatsächlich kommt es bei den Ärzten der Gruppen A - D nur einmal mit 25 Jahren (Zeitabschnitt 1953-60), einmal mit 25,5 Jahren (Zeitabschnitt 1945-52) und zweimal mit 26,5 Jahren (Zeitabschnitt 1961-68/69) zu einem dieser Erwartung angenäherten Berufseintrittsalter, die übrigen Zahlen liegen erheblich darüber.

Das könnte weiter in einer kriegsbedingten Verzögerung der Schulzeit, der Studienzeit oder einer wie auch immer begründeten "Interruptionszeit" Abitur-Beginn des Medizinstudiums liegen, was unten näher untersucht werden soll.

4.1.2. Abituralter, Medizinstudiumdauer, Abstand Abitur - -Medizinstudium

1) 16 der 25 Ärzte der Gruppe B sind gleichzeitig in Gruppe C (also Frühkrankmeldung bei gleichzeitig spätem Kongreßbesuch). Die Verteilung des Berufsbeginns dieser 16 Ärzte entspricht etwa der der Gruppe C (Werte in Klammern).

1945-52 : 4 Ärzte = 25 % (15 Ärzte = 27,3%)

1953 - 60 : 5 Ärzte = 31,25% (16 Ärzte = 29,1%)

1961 - 68/69: 7 " = 43,75% (24 Ärzte = 43,6%)

Das Durchschnittsalter dieser 16 Ärzte entspricht genau dem der Gruppe C (s. Tabelle 10).

Tabelle 10

Alle Ärzte erfaßt, nicht nur die in der Klinik beginnenden.

	Abituralter in Jahren	Stud.-Med.-dauer in Jahren	Abstand Abitur Med.-Stud.	Alter 1966
Gr.A 10 Ärzte	19,40	7,15	0,85	30,6 J.
Gr.B 25 Ä.	18,96	7,18	2,58	37,4 J.
Gr.Ci.B 16 Ä.	19.03	6,90	2,65	38,4 J.
Gr.B-C 9 Ä.	18,83	7,72	2,44	35,5 J.
Gr.C 55 Ä.	19,37	6,75	1,52	38,4 J.
Gr.Ci.D. 24 Ä.	19,42	7,52	1,37	39,5 J.
Gr. D 34 Ä.	19,41	6,94	0,85	37,5 J.

Studiendauer = Studienbeginn bis Abschluß des medizinischen Staatsexamens.

Gegenüber der Gruppe B ist beim Berufseintrittsalter die älteste Zeitgruppe besonders überrepräsentiert, die jüngste besonders unterrepräsentiert (vergl. mit Tabelle 6). Das Durchschnittsalter liegt 1 Jahr über dem der Gruppe B. Eindeutiger mit 2/3 liegt der Berufsbeginn bei Gruppe B ohne C (9 Ärzte) überrepräsentiert in der jüngsten Zeitgruppe, das Durchschnittsalter 1966 liegt mit 35,5 Jahren entsprechend deutlich unter dem der Gruppe B, dem der Gruppe C in B und dem der Gruppe C in Tabelle 10. Hier macht sich wieder der fehlende Einfluß der mangels Kongreßangebot erst spät Kongreß besuchenden Ärzte bemerkbar.
Keine verwertbaren Abweichungen bestehen zwischen den 16 Ärzten und der Gruppe B beim Abituralter, der Studienlänge und der Interruptiozeit Abitur-Medizinstudiumbeginn. Das gleiche gilt gegenüber der Gruppe C bezüglich des Abituralters und der Studiendauer, dagegen weichen beide Gruppen in der Interruptionszeit voneinander ab.

Interruptionszeiten:

Gruppe A (10 Ärzte)	:	0,85 Jahre
Gruppe B (25 Ärzte)	:	2,58 Jahre
Gruppe B ohne C (16 Ärzte)	:	2,65 Jahre
Gruppe C (55 Ärzte)	:	1,52 Jahre
Gruppe D (34 Ärzte)	:	0,85 Jahre
Gruppe C in D (24 Ärzte)	:	1,37 Jahre

Die Gruppe der 16 Ärzte, die gleichzeitig früh krankmelden und spät Kongreß besuchen, gehört also nach Alter und Zeit des Berufsantrittes eher zur Gruppe der spät Kongreß besuchenden (Gruppe C). Bei Abituralter und Studiendauer ist keine

Neigung zu Gruppe B oder Gruppe C erkennbar, lediglich bei der Interruptiozeit entspricht die Gruppe der 16 Ärzte eher der Gruppe B.

Unter den Gruppen A-D korrespondieren Frühkrankmeldung (Gruppe B) mit besonders langer Interruptiozeit und Spätkrankmeldung (Gruppe D) mit besonders kurzer Interruptiozeit, wie sie nur noch in der Gruppe der früh Kongreß Besuchenden (Gruppe A) vorkommt, die mit der Gruppe der spät Kongreß Besuchenden (Gruppe C) ein entsprechendes Gegensatzpaar bildet: früher Kongreßbesuch beinhaltet kurze Interruptiozeit, später Kongreßbesuch beinhaltet lange Interruptiozeit.

Auch der Umstand, daß die Interruptiozeit der 24 Ärzte, die gleichzeitig in Gruppe C und D sind, sich deutlich der Interruptiozeit der größeren Gruppe C, an der sie einen wesentlich kleineren Anteil als an der Gruppe D hat, zuneigt, legt die Untersuchung der Bedeutung der Interruptiozeit Abitur-Medizinstudiumbeginn als Kriterium für Krankmeldung und Kongreßbesuch bei den hier untersuchten Ärzten nahe, was im folgenden für die Ärzte der Gruppen A-D im Zusammenhang mit weiteren Personaldaten dieser Ärzte geschehen soll.

2) Von den 80 Ärzten der Gruppen A-D weisen 33 eine Interruptiozeit von einem Jahr oder mehr auf. Diese werden aufgeteilt nach Interruptiozeit in drei Abteilungen und den restlichen 47 Ärzten mit einer Interruptiozeit von 0 - 0,5 Jahren gegenübergestellt:

Abteilung 1 : Interruptiozeit 1 Jahr (13 Ärzte)

Abteilung 2 : Interruptiozeit 1,5 - 2,5 J. (9 Ärzte)

Abteilung 3 : Interruptiozeit 3 und mehr Jahre (11 Ärzte)

Restabteilung: Interruptiozeit 0-0,5 Jahre (47 Ärzte)

In Tabelle 11 wird der Versuch unternommen, die 80 Ärzte dieser vier Abteilungen in elf Positionen des Personalfragebogens miteinander zu vergleichen. Dabei sei noch einmal auf die oben erwähnten Einschränkungen des Aussagewertes dieses Personalfragebogens hingewiesen. Von der beabsichtigten Einbeziehung des Schultyps, der fast überall in Erfahrung gebracht werden konnte, mußte abgesehen werden, wegen der unterschiedlichen Schwerpunktverteilung unter den Fächern bei Schulen mit gleicher Bezeichnung in den verschiedenen Jahrzehnten, den verschiedenen Bundesländern, der DDR und schon allein der Reformierungsbewegung in Westberlin nach 1945. Neben den vier Abteilungen ist in Tabelle 11 noch eine Abteilung 0 angeführt, die jene 21 Ärzte von den 100 durchgehend verfolgbaren beinhaltet, welche nach dem Abitur bzw. während des Medizinstudiums aus der DDR nach Westberlin kamen. Sie sind zum größten Teil in den vorstehenden Abteilungen schon einmal vertreten.

Zu Tabelle 11

1 Die durchgehend kinderlosen Ledigen blieben unberücksichtigt.
2 Vorgeschriebene Semesterzahl der jeweils gültigen Bestallungsordnung.
3 Bei Wiederverheirateten nur die erste Eheschließung geführt.
4 Teilweise mehrere Gründe gleichzeitig angegeben.
5 Einteilung wegen der ungenauen Angaben in den Personalbögen nicht sicher.
6 Bei Übersiedlung aus der DDR ist das "West"-Abitur gerechnet, falls es abgelegt werden mußte.
7 Nach Abitur bzw. während des Medizinstudiums aus der DDR nach Westberlin übergesiedelte Ärzte von den insgesamt 100 durchgehend verfolgbaren (Personalunterlagen) Ärzten (zum Teil auch in anderen Abteilungen enthalten).

Tabelle 11	Abteilung 1 (13 Frete) (Gruppe A–D)	Abteilung 2 (9 Frete) (Gruppe A–D)
Durchschnittl. Alter 1966	39,07 Jahre	37,8 Jahre
Ehefrau jünger um Jahre	3,8 Jahre	6,24 Jahre
Zahl der Geschwister	2,25	1,11
Heiratsalter in Jahren [3]	29,5	29,78
Abstand Staatsexamen–Heirat	+ 2,95 Jahre	+ 1,69 Jahre
verheiratet	11 = 84,8 % (2 Geschiedene)	8 = 88,9 %
Ledig	Ø	1
Zahl der Kinder [7]	1,38	1,75
Mitarbeit der Ehefrau [8]	nein: 6 x = 46,15 % ja: 6 x = 46,15 % unbekannt: 1 x	5 x = 55,5 % 2 x 1 x
Letzte Position	Chefarzt: 2 = 16,4 % Oberarzt 6 = 46,1 % Assistenz, 4 = 30,8 % Gesundheitsamtsarzt: 1	1 = 11,1 % Ø 7 = 77,8 % 1
Abituralter in Jahren [6]	19,0	19,1
Studiendauer in Jahren	6,76 (84,6 %) 11 = 10 Sem. [2] 2 x 11 Sem.	6,76 (55,5 %) 5 x 11 Sem. 4 x 10 Sem.
Beruf des Vaters [5]		
Akademiker	6 = 46,15 % 4 = 30,8 % } 76,9 %	4 = 44,4 % 3 = 33,3 % } 77,7 %
nicht akadem. ausgeb. Angest. o. Beamter		
nicht akademisch ausgebildeter Selbständiger	2	2
Arbeiter	1	Ø
ohne Angabe	Ø	Ø
Interruptiogründe [4]		
Arbeitsdienst, Weltkrieg II, Gefangenschaft	4 = 30,8 %	1
Anderer Beruf o. Studium	1	4 = 44,4 %
Häusliche o. wirtschaftl. Schwierigkeiten	Ø	1
Übersiedlung aus DDR	1	1
ungeklärt	6 = 46,1 %	3 = 33,3 %
zum Studium nicht zugelassen	1	1

Abteilung 3 (11 Ärzte) (Gruppe A-D)	Restabteilung (47 Ärzte) (Gruppe A-D)	Abteilung O (21 Ärzte) (z. Teil Gruppe A-D) 7
43,09 Jahre	34,4 Jahre	31,6 Jahre
4,62 "	2,8 "	1,97 "
1,4	1,5	2,4
31,8	29,08	28,15
- 0,8 Jahre	+ 2,45 Jahre	+ 0,09 Jahre
10 = 90,9 %	38 = 80,8 % (davon 1 wieder verheiratet)	19 (davon 1 wieder verheiratet)
1	9	2
1,3	1,6	1,68
6x = 60,0 % 3x = 30,0 % 1x	25x = 65,8 % 12x = 31,6 % 1x	8x = 42,1 % 11x = 57,9 %
1 = 9,1 % 2 = 18,2 % 7 = 63,6 % 1	1 = 2,1 % 7 = 14,9 % 34 = 72,3 % 5 = 10,6 %	Ø 2 = 9,5 % 19 = 90,5 % Ø
19,3	19,85	18,95 (Ost); 20,43 (West)
7,88 (63,6 %) 7x 10 Sem 4x 11 Sem	6,82 (71,7 %) 34x 11 Sem. 13x 10 Sem	7,42
6 = 54,5 % 3 = 27,3 % } 81,8 % 1 Ø Ø	22 = 46,8 % 18 = 38,3 % } 85,1 % 3 = 6,4 % 1 Rentner 1	10 = 47,6 % 9 = 42,8 % 1 1
5 = 45,4 % 8 = 72,7 % 1 1 1 Ø	9 höchstens 9x Beeinflussung durch Krieg, 12x Übersiedlung aus der DDR, 1x Ausländer.	Abstand Berufseintritt — erster Kongreßbesuch 10 Ärzte ohne Kongreßbesuch in 1-5 Jahren; 1 Arzt — 4 Jahre 3 Ärzte — 2 Jahre 1 Arzt — 1,5 Jahre 5 Ärzte — 0,5-1 Jahre } durchschnittlich 1,5 Jahre 1 Arzt ungeklärt Interruptiozeit Abitur-Medizinstudium 0,50 Jahre 6

8 Bei geschiedenen Ärzten Mitarbeit der ehemaligen Ehefrau mitgezählt.
9 Zeitbedingt ableitbar, keine genauen Angaben.

4.1.3. Vergleich der Abteilungen mit verschiedener Interruptiozeit Abitur - Medizinstudienbeginn

Fast 59% der Ärzte der Gruppen A-D beginnen ihr Medizinstudium praktisch unmittelbar im Anschluß an die Schulausbildung.

1) Verteilung der Abiturjahrgänge: mit um 50% bei den Abteilungen 1-3 etwa gleichmäßig in der Zeit von 1946-53. Entsprechend dem höchsten Durchschnittsalter in der Abteilung 3 mit 43,09 Jahren 1966 liegen hier die übrigen Abiturjahrgänge nur in davorliegenden Jahren, während sie für die Abteilungen 1 und 2 (Durchschnittsalter 39,07 bzw. 37,82 Jahre) sich auf davor und danach liegende Jahre verteilen (s. Tab. 11 und 13). Nur in der Restabteilung (Durchschnittsalter 34,4 Jahre) ergibt sich mit 63,8% (30 Ärzte) ein eindeutiges Übergewicht für die Jahre nach 1953, während sich die übrigen Abiturjahrgänge hier etwa gleichmäßig auf die Jahre 1936 - 1953 verteilen. Entsprechend hoch ist hier das durchschnittliche Abituralter entsprechend der Wiedereinführung des dreizehnten Schuljahres Anfang der 50er Jahre in der BRD und Westberlin mit 19,85 Jahren, obwohl auch bei den anderen Abteilungen das Abituralter zwischen 19 und 19,7 Jahren als ebenfalls relativ hoch auffällt (nicht kontinuierlicher Schulbesuch durch Kriegsereignisse, zu wiederholendes Notexamen?). Es ergibt sich zwischen den vier Abteilungen keine dem Gesamtaltersunterschied von 8,5 Jahren entsprechende eindeutige Reihenfolge der Abteilungen beim Abituralter. Ebenfalls besteht keine Beziehung von Abituralter und Interruptiozeit.

Tabelle 12

Verteilung der Gruppen über die Abteilungen

	Abteilung 1 (13 Ärzte)	Abteilung 2 (9 Ärzte)	Abteilung 3 (11 Ärzte)	Restabteilung (47 Ärzte)
Gruppe A	2x = 20 % (10 %)	1x = 10 % (6,7 %)	Ø	7x = 70 % (9,8 %)
Gruppe B	6x = 24 % (30 %)	3x = 12 % (20 %)	5x = 20 % (27,8 %)	11x = 44 % (15,5 %)
Gruppe C	10x = 18 % (50 %)	8x = 15 % (53,3 %)	9x = 16 % (50 %)	28x = 51 % (39,4 %)
Gruppe D	2x = 6 % (10 %)	3x = 9 % (20 %)	4x = 12 % (22,2 %)	25x = 73 % (35,2 %)

Die Prozentzahlen sind abgerundet. In Klammern (nicht abgerundet): Verteilung der Gruppen A-D innerhalb der Abteilungen

Tabelle 13

Verteilung der Abiturjahrgänge in den vier Abteilungen

Abiturjahr	Abteilung 1 (13 Ärzte)	Abteilung 2 (9 Ärzte)	Abteilung 3 (11 Ärzte)	Restabteilung (47 Ärzte)
vor 1936	Ø	2x = 22 %	1x = 9 %	Ø
1936-1945	5x = 39 %	Ø	5x = 45 %	9x = 19 %
1946-1953	6x = 46 %	5x = 55 %	5x = 45 %	8x = 17 %
1954 u. später	2x = 15 %	2x = 22 %	Ø	30x = 64 %

Die Prozentzahlen sind abgerundet

Das 13. Schuljahr wurde in der BRD und Westberlin Anfang der 50-er Jahre wieder eingeführt, nach H. Heckel in Berlin 1952. Als letztes Bundesland führte Niedersachsen 1953 keine Abiturprüfungen durch und statt dessen das 13. Schuljahr ein.

2) Verteilung der Gruppen A-D auf die vier Abteilungen

Keine Gruppe ist gleichmäßig über die Abteilungen verteilt. Alle Gruppen haben ihr Schwergewicht in der Restabteilung und zwar in der oben angegebenen Beziehung von Krankmeldung und Kongreßbesuch zur Interruptiozeit: Gruppe A (früher Kongreßbesuch) und Gruppe D (späte Krankmeldung) sind mit 70 bzw. 73,5 % in dieser Abteilung vertreten, d.h. zwischen 2/3 und 3/4 praktisch ohne Interruptiozeit, die Gruppe C (später Kongreßbesuch) ist in ihr mit 50,9% vertreten, die Gruppe B (frühe Krankmeldung) mit 44% (s. Tabelle 12). Entsprechend dieser Beziehung wäre zu erwarten eine kontinuierliche Abnahme der Anteile der Gruppen A und D von Abteilung 1 nach Abteilund 3 und eine Zunahme bei den Gruppen B und C in derselben Richtung. Diese Erwartung wird aber nur für die Gruppe A erfüllt: sie ist in Abteilung 1 mit 20% (2 Ärzte), in Abteilung 2 mit 11,1% (1 Arzt) und in Abteilung 3 nicht mehr vertreten. Wegen der geringen Zahl besitzt die Verteilung der Gruppe A allerdings keinen Aussagewert.

Als deutliche Aussage entsprechend Tabelle 12 bleibt das Übergewicht der Gruppe der früh Kongreß Besuchenden und spät Krankmeldenden in der Abteilung der praktisch ohne Unterbrechung nach der Schulausbildung mit dem Medizinstudium Beginnenden.

3) Der durchschnittliche Kongreßbesuch in den vier Abteilungen

Entsprechend Tabelle 14 ergibt sich für die Häufigkeit des Kongreßbesuches pro Jahr zwar in etwa eine Reihenfolge mit abnehmendem Kongreßbesuch bei zunehmender Interruptiozeit zwischen Abteilung 1 und Abteilung 3, jedoch hebt sich die Restabteilung nicht durch vermehrten Kongreßbesuch von Abteilung 1 ab.
Hier gleichen sich möglicherweise das niedrige Durchschnittsalter der Restabteilung und das ihr somit zur Verfügung stehende größere Kongreßangebot einerseits und der Anteil von 61,5% (6 Ärzte) an Chef- und Oberärzten (in der Restgruppe 17% = 8 Ärzte) in Abteilung 1 andererseits aus. (s. unten)
In keiner anderen Abteilung ist der Anteil der Chef- und Oberärzte annähernd so hoch wie in Abteilung 1 (s. Tab. 11).

4) Krankmeldehäufigkeit und Interruptiozeit

Mit zunehmender Interruptiozeit kommt es von Abteilung 1 nach Abteilung 3 zwar zu einer Zunahme der Krankmeldehäufigkeit, jedoch liegt diese in der Restabteilung deutlich über der der Abteilung 1 (s. Tabelle 14).

5) Krankmeldedauer und Interruptiozeit

Kein erkennbarer Zusammenhang besteht hier zwischen Interruptiozeit und Fehltagen pro Jahr. Hier wie bei der Dauer pro Krankmeldung und der Krankmeldedauer pro Erkrankungsjahr fällt die Abteilung 2 (Interruptiozeit 1,5 - 2,5 Jahre) durch besonders hohe Werte in Tabelle 14 auf (zu geringe Arztzahl?),

Tabelle 14

	Krankmelde-häufigkeit pro Jahr	Fehlzeiten-tage pro Jahr	Dauer pro Krankmeldg. in Tagen	Krankmelde-dauer pro Erkrankungsj.	Kongreß-besuche pro Jahr	Stellungs-dauer in Jahren
Abtlg. 1 13 Ärzte	0,34 x	3,72	14,69	16,6 T	0,47	10,03
Abtlg. 2 9 Ärzte	0,43 x	14,5	32,07	35,9 T	0,36	7,30
Abtlg. 3 11 Ärzte	0,65 x	9,2	15,22	19,6 T	0,18	6,40
Restabtlg. 47 Ärzte	0,41 x	4,96	12,8	14,5 T	0,45	4,70
Abtlg. 0 21 Ärzte	0,46 x	4,19	8,89	9,74 T	0,41	3,02

während i.U. bei diesen beiden letzten Positionen unter Außerachtlassung der Abteilung 2 eine Beziehung zur Interruptiozeit bestehen könnte i.d.S.,daß es bei zunehmender Interruptiozeit zu einer Zunahme der Dauer pro Krankmeldung und der Krankmeldedauer pro Erkrankungsjahr kommt. Lediglich bei den Mehrfachkrankmeldungen in einem Jahr, entsprechend der Differenz von Krankmeldedauer pro Erkrankungsjahr zur Dauer pro Krankmeldung, ergibt sich durchgehend eine Zunahme entsprechend der Interruptiozeit. Diese Zunahme der Mehrfacherkrankungen steht in keiner Beziehung zum Alter der Abteilungen (s. Tabelle 15).

Tabelle 15

Vergleich der Differenz von Krankmeldedauer pro Erkrankungsjahr zur Dauer pro Krankmeldung (= Mehrfach-Krankmeldung pro Jahr) und Alter (1966) der vier Abteilungen.

	Differenz	Alter (1966)
Restabteilung	1,70	34,4 Jahre
Abteilung 1	1,91	39,07 Jahre
Abteilung 2	3,83	37,8 Jahre
Abteilung 3	4,38	43,09 Jahre

) Studiendauer und Interruptiozeit

Unter den vier Abteilungen hebt sich in Tabelle 11 nur die Abteilung 3, die älteste Abteilung, mit einer um rund ein Jahr gegenüber den anderen Abteilungen längeren Studiendauer hervor. Die anderen Abteilungen haben mit Studienzeiten von 6,76 Jahren (Abteilung 1 und 2) und 6,82 Jahren (Restabteilung) praktisch die gleiche Studiendauer, unabhängig von Alter, Abituralter und durch die jeweils gültige Bestallungsordnung vorgeschriebene Mindeststudiendauer.

') Heirat, Mitarbeit der Ehefrauen und Altersunterschied der Ehefrauen in den vier Abteilungen

Die Ärzte der (ältesten) Abteilung 3 haben mit 31,8 Jahren das höchste Heiratsalter, in den drei anderen Abteilungen liegt das Heiratsalter zwischen 29,08 Jahren und 29,78 Jahren, mit zunehmender Interruptiozeit kommt es innerhalb der vier Abteilungen zu einem Anstieg des Heiratsalters (s. Tabelle 11). Von Abteilung 1 nach Abteilung 3 kommt es zu einer Abnahme des Abstandes zwischen Staatsexamen und Heirat. In Abteilung 3 heiraten die Ärzte fast ein Jahr vor dem Staatsexamen. Nicht in diese Reihenfolge fügt sich die Restabteilung ein, in der die Ärzte im Durchschnitt 1/2 Jahr früher heiraten als die der Abteilung 1 (ausgehend vom Staatsexamen). Mit zunehmender Interruptiozeit sind die Ärzte "vollständiger" verheiratet (Restabteilung 80,8%, Abteilung 3 90,9%) s. Tabelle 11. Altersentsprechend finden sich fast alle Ledigen in der jüngsten Abteilung.

Die meisten Untersucher kommen beim Vergleich der durch Krankmeldungen zustande kommenden Fehlzeiten bei den Männern (im Gegensatz zu den Frauen!) zu dem Ergebnis, daß verheiratete Männer mit großer Familie weniger häufig fehlen, als unverheiratete (Jackson 1944, Noland 1946, Sheperd u. Walker 1958). Bei Sheperd u. Walker findet sich jedoch gleichzeitig die Feststellung, daß bei den untersuchten Arbeitern der englischen Eisen- und Stahlindustrie die Arbeiter mit mehr als zwei Kindern wieder eine progressive Zunahme der Fehlzeiten aufweisen, eine Beobachtung, die auch Sopp (1958a) bei einer Untersuchung an 20.000 Bergarbeitern im Untertagebetrieb macht. Bei den Lohnempfängern eines großen Industriebetriebes findet Sopp (1966) sogar, daß der Krankenstand der Verheirateten höher als der der Ledigen ist.

In der vorliegenden Arbeit konnte leider dieser Frage unter Ausschaltung des Einflusses des Lebensalters wegen der zu geringen Zahl lediger Ärzte (höheren Alters) nicht nachgegangen werden.

Auch Pflanz (1962) beschäftigt sich ausführlich mit den sozialen Bedingungen, unter denen es zu Krankheitsbeschwerden kommt, wobei er u.a. feststellt, daß es noch keine befriedigende Definition für Gesundheit gäbe, die daher noch nicht zu verwirklichen sei. Als beeinflussende Faktoren sieht er u.a. die soziale Schicht, die Kinderzahl (Männer haben in der unteren sozialen Schicht bei mehr Kindern und mehr Geschwistern auch mehr vegetative Beschwerden, als Männer mit weniger Kindern und Geschwistern), den Familienstand (Ledige haben eine höhere Mortalität als Verheiratete) und das Heiratsalter (nur gesunde Männer heiraten jung) an.

In der jüngsten Abteilung (Restabteilung) und in der ältesten Abteilung (Abteilung 3) arbeiten mit 65,8 % bzw. 60% die meisten Ehefrauen nicht mit. Hier gibt es von Abteilung 1 zu Abteilung 3 eine Abnahme der Mitarbeit der Ehefrau, ein Trend, der durch den höchsten Anteil nicht mitarbeitender Ehefrauen in der Restabteilung durch diese nicht bestätigt wird. Der Anteil nicht mitarbeitender Ehefrauen findet keine Entsprechung im Durchschnittsalter der Ehefrauen oder in der Zahl der Kinder (s. Tabelle 11).
In allen vier Abteilungen sind die Ehefrauen jünger als die Männer, die Differenz unter den Abteilungen beträgt zwischen 2,8 Jahren (Restabteilung) und 6,24 Jahren (Abteilung 2), es ist keine Beziehung zur Interruptiozeit erkennbar. Dagegen besteht eine direkte Beziehung zwischen der durchschnittlichen Dauer pro Krankmeldung bzw. Krankmeldedauer pro Erkrankungsjahr und Altersdifferenz der Ehefrauen zu ihren Männern in dem Sinne, daß diese mit zunehmendem Altersunterschied ebenfalls zunehmen.

8) Zum häuslichen Milieu der Ärzte der vier Abteilungen in ihren Elternhäusern

In allen vier Abteilungen ist die größte väterliche Berufsgruppe die der Akademiker. Nur die Abteilung 3 hebt sich mit 54,5% (6 Väter) Akademikern als Väter unter den vier Abteilungen hervor, bei den übrigen drei Abteilungen liegt der Anteil der Akademiker unter den Vätern sehr gleichmäßig zwischen 44,4% und 46,8%, ein Bezug zur Interruptiozeit unter den vier Abteilungen ist nicht erkennbar.(s. Tabelle 11)

Ebensowenig ist eine Beziehung von Zahl der Geschwister aus Tabelle 11 ablesbar, wo lediglich bei Abteilung 1 (größter Anteil der Chef- und Oberärzte!) eine deutlich über den Durchschnittszahlen der drei anderen Abteilungen liegende Geschwisterzahl mit 2,25 pro Arzt zu finden ist.
Mit Ausnahme der Abteilung 1 korrespondiert in allen Abteilungen die Zahl der Geschwister gut mit der Zahl der Kinder der untersuchten Ärzte. Entsprechend den ungenauen Angaben bezüglich des väterlichen Berufes in den Personalunterlagen ist eine weitere Aufteilung recht schwierig. Zwischen 77,7% und 85% der Väter sind Akademiker oder nicht akademisch ausgebildete Angestellte und Beamte, die 85% finden sich in der jüngsten (Restabteilung). Nur einmal (in der zweitältesten Abteilung) unter 80 Ärzten wird als väterlicher Beruf Arbeiter angegeben.

9) Eine Beziehung zwischen Interruptiozeit und Position im Beruf besteht entsprechend Tabelle 11 nicht.

10) Interruptiogründe

In Abteilung 1 und 2 sind leider 46,1% bzw. 33,3% nicht abklärbar. In den beiden ältesten Abteilungen in Tabelle 11 spielen Zusammenhänge um den zweiten Weltkrieg eine Rolle, nämlich bei Abteilung 3, der ältesten Abteilung, bei 5 Ärzten (45,4%), in Abteilung 1, der zweitältesten Abteilung, bei 4 Ärzten (30,8%). Bei der jüngsten (Rest-) Abteilung spielen nur [illegible] von der Schule zum Medizinstudium Beschäftigungen durch den zweiten Weltkrieg noch einmal (10%) eine Rolle. Interessanterweise [illegible]

die Kriegsereignisse auch zur Beschleunigung des Studienablaufes z.B. durch die Einrichtung von Trimestern, Notexamen oder Streichung der MA-Zeit und zu entsprechend frühzeitigem Berufseintritt (s.u.).
Bei den beiden Abteilungen mit der längsten Interruptiozeit dominieren jedoch als Interruptiogründe ein anderer Beruf oder ein begonnenes anderes Erst-Studium. Wie weit hier insbesondere bei der ältesten Abteilung, die gleichzeitig die längste Interruptiozeit aufweist, ein anderes Erststudium unter der Vorstellung des Humboldtschen Bildungsideals aufgenommen wurde, bzw. wie weit das Medizinstudium eventuell als zeitbedingtes (nahende Kriegsereignisse) aufgenommen wurde, konnte in diesem Rahmen nicht weiter untersucht werden.

Da sich aus den Personalunterlagen keine bestimmenden "inneren" Ursachen aus dem privaten Bereich für die Interruptiozeit ergeben, bleiben nur die von den untersuchten Ärzten angegebenen "äußeren" Ursachen zum Vergleich. Nur zweimal werden häusliche und wirtschaftliche Schwierigkeiten als Interruptiogrund angeführt. Die älteste Gruppe hat zwar die häufigsten Krankmeldungen, hebt sich aber nicht durch die meisten Fehltage und die längste Dauer pro Krankmeldung eindeutig von den anderen ab. Ebensowenig wie die drei anderen Abteilungen kommt es in ihr zu Interruptiozeiten aufgrund von Flucht aus der DDR. Insgesamt ist diese als Ursache einer Unterbrechung zwischen Schulausbildung und Aufnahme des Medizinstudiums unwesentlich, sie drückt sich vielmehr in einem hohen (West-) Abituralter (Ergänzungsjahr, zusätzliche Schulabschlußprüfung) und einer relativ langen Studiendauer aus, wie sie sich bei Abteilung O in

Tabelle 11, der Darstellung der nach dem Abitur bzw. während des Medizinstudiums aus der DDR nach Westberlin übergesiedelten Ärzte (der 100 durchgehend verfolgbaren Ärzte) ausdrückt.

11) Abteilung O (in Tabelle 11,13,14,16)

Von den insgesamt 100 in ihren Personalunterlagen lückenlos verfolgbaren Ärzten befinden sich 21 Ärzte in Abteilung O. Bei einer durchschnittlichen Interruptiozeit von 0,5 Jahren ist die Abteilung diesbezüglich zwischen der Restabteilung und Abteilung 1 einzuordnen. Diese beiden Abteilungen haben mit 29,07 Jahren und 29,04 Jahren ein nahezu übereinstimmendes Berufseintrittsalter in Tabelle 16, während Abteilung O mit einem Berufseintrittsalter von 30,67 Jahren fast das Berufseintrittsalter der Abteilung 2 (Interruptiozeit 1,5 - 2,5 Jahre) erreicht. Hierin drückt sich eine für die Übersiedlung aus der DDR spezifische Verzögerung innerhalb der Schulausbildung aus, nach der es dann praktisch zu keiner Interruptiozeit (entsprechend der Definition) kommt.
Überrepräsentiert mit 50% Anteil sind die übergesiedelten Ärzte in der 10 Ärzte umfassenden Gruppe A, woraus nicht auf eine besondere Kongreßfreudigkeit dieser Ärzte geschlossen werden darf, obwohl sich ihr Berufseintrittsalter fast ausschließlich in der jüngsten Zeitgruppe in Tabelle 16 befindet (Kongreßangebot).
10 Ärzte der Abteilung O sind in 1-5 Berufsjahren ohne Kongreßbesuch, bei weiteren 10 Ärzten kommt es nach durchschnittlich 1,5 Jahren nach Berufsbeginn zum ersten Kongreßbesuch, bei

einem Arzt ist der Zeitpunkt des ersten Kongreßbesuches nicht zu klären gewesen. Bei relativ häufiger Krankmeldung ist die durchschnittliche Fehlzeit pro Jahr relativ niedrig (s. Tabelle 14).

Tabelle 16

Ges.-Berufseintrittsalter der vier Abteilungen entsprechend der Interruptiozeit Abitur - Beginn des Medizinstudiums der Ärzte der Gruppen A - D und der Abteilung O; zusätzliche Aufteilung des Berufsbeginns in 3 Zeitgruppen

	Berufseintrittsalter (-jahr)			
	1945-1952	1953-1960	1961-68/69	Ges.-Zeit
Restabteilung	29,5 J.(8)	28,5 J.(7)	29,09 J.(32)	29,07J.(47)
Abteilung 1	28,75 J.(4)	28,43 J.(7)	31,75 J.(2)	29,04J.(13)
Abteilung 2	29,0 J.(2)	32,25 J.(2)	31,0 J.(5)	30,83J.(9)
Abteilung 3	38,0 J.(2)	33,8 J.(5)	33,12 J.(4)	34,32J.(11)
Abteilung O	Ø	30,33 J.(3)	30,72 J.(18)	30,67J.(21)

Deutlich niedriger gegenüber den vier anderen Abteilungen in Tabelle 14 ist in Abteilung O die Dauer pro Krankmeldung, die Krankmeldedauer pro Erkrankungsjahr und die Zahl der Mehrfachkrankmeldungen im Jahr.

Gegenüber den vier anderen Abteilungen hat sie das niedrigste Heiratsalter, den geringsten Altersunterschied zwischen den Ehepartnern und praktisch Gleichzeitigkeit von Staatsexamen und Heirat aufzuweisen (Tabelle 11).

Ein eventuell zu erwartender besonders hoher Anteil von Akademikervätern (verminderte Ausbildungschancen als Fluchtgrund) findet sich in Abteilung O nicht, vielmehr entspricht die Verteilung der väterlichen Berufe ziemlich genau der altersmäßig am ehesten vergleichbaren Restabteilung in Tabelle 11.

5.1. Beziehung zwischen Position und Kongreßbesuch

Alle Chefärzte, alle Gesundheitsamtärzte und mehr als 2/3 aller Oberärzte der durchgehend verfolgbaren 100 Ärzte finden sich in Gruppe C (später Kongreßbesuch). Demgegenüber haben die Chef- und Oberärzte in allen drei Zeitabschnitten in Tabelle 4 den bei weitem stärksten Kongreßbesuch. Für die Chef- und Oberärzte gilt also nicht die Aussage gemäß Tabelle 8, daß später erster Kongreßbesuch gleichzeitig geringer Kongreßbesuch bedeutet.

Bei den 20 Chef- bzw. Oberärzten der hier untersuchten 100 Ärzte kommt es bei 13 erst zur oder nach der Facharztanerkennung zum ersten Kongreßbesuch. Bei höchstens 5 von ihnen kann das zeitbedingt niedrige Kongreßangebot als entscheidender Grund angenommen werden, da bei ihnen das erste Berufsjahr zwischen 1945 und 1950 liegt. Bei einer bezüglich des Berufseintrittsalters den 20 Chef-und Oberärzten vergleichbaren Gruppe von 15 Assistenzärzten (erstes Berufsjahr bei den Chef- und Oberärzten durchschnittlich 1954, bei den 15 Assistenzärzten 1958) kommt es bei 9 Ärzten vor Facharztanerkennung bzw. Stellungsverbesserung (einmal zum 1. Assistenten) zum ersten Kongreßbesuch bei annähernd gleichem Abstand Berufseintritt-Facharztanerkennung bzw. Stellungsver-

besserung (Chef- und Oberärzte 5,3 Jahre, Assistenzärzte 5,8 Jahre).

Da die Kongreßfrequenz bei den Chef- und Oberärzten eindeutig überdurchschnittlich ist, muß der Kongreßbesuch der Qualifizierung folgen und nicht umgekehrt und kann damit keinen Parameter für Berufsinteressiertheit darstellen. Man wird davon ausgehen können, daß die gehobene Position dem Träger durch Einladungen zum Beispiel zum Vortrag zu vermehrtem Kongreßbesuch verhilft. Andererseits wird auch hier die von Stockhausen (1968) vorgenommene Aussparung gerade der im ersten Berufsjahr tätigen Ärzte, jedenfalls für die hier herangezogene Art von Kongressen, fragwürdig. Andere Parameter scheinen bei nicht freiberuflich tätigen Ärzten für den Besuch der hier herangezogenen Kongreßart eine Rolle zu spielen, die Nähe des Studiums scheint hier keinen negativen Einfluß auf den Kongreßbesuch zu haben.

In Tabelle 4 liegt die Kongreßbesuchfrequenz der Gesundheitsamtärzte in allen drei Zeitabschnitten ähnlich niedrig wie die der Assistenzärzte. Die 8 in den Gruppen A-D vertretenen Gesundheitsamtärzte beginnen alle im ersten Zeitabschnitt (1945-52) mit ihrem Beruf. Bei den Chef- und Oberärzten liegt der Berufseintritt bei 6 Ärzten =30% i.d. Jahren 1945 - 52

11 " =55% " " 1953 - 60

3 " =15% " " 1961 - 68/69;

dementsprechend sind die Gesundheitsamtärzte mit durchschnittlich 47 Jahren (1966) vergleichsweise deutlich älter als die Gruppe der Chef- und Oberärzte mit durchschnittlich 41 Jahren (1966). Die Gesundheitsamtärzte haben ein um 1/2 Jahr höher

liegendes Berufseintrittsalter als die Chef- und Oberärzte, der erste Kongreßbesuch liegt bei ihnen durchschnittlich mehr als 10 Jahre nach dem Berufseintritt.

Erster Kongreßbesuch der Gesundheitsamtärzte:

1 x vor Facharztanerkennung bzw.

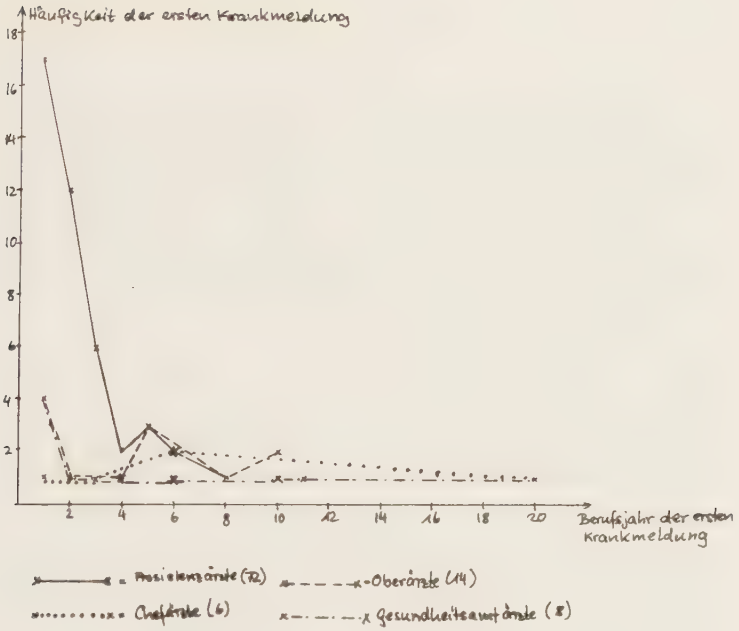
6 x nach Positionsverbesserung

1 x kein Kongreßbesuch in 20 Jahren.

In allen drei Zeitgruppen haben die Gesundheitsamtärzte die meisten Krankmeldungen verglichen mit den klinisch tätigen Ärzten (Tabelle 4), aber nur in der ersten Zeitgruppe die meisten Fehltage pro Berufsjahr.

5.2. Beziehung zwischen Position und Krankmeldung

Während Kellner (1970,1971,1971a) und Hultsch (1971) in der Industrie keinen Einfluß der Schulbildung auf den Krankenstand fanden, wird der Einfluß der Berufsausbildung bzw. der Qualifikation für denselben Arbeitsbereich von mehreren Autoren bestätigt. Nach Sopp (1966) nimmt der Krankenstand mit abnehmender Qualifikation am Arbeitsplatz (Walzwerk) zu. Zum selben Ergebnis kommen Spiegelhalter, F.u.F. Schnabel (1962a), Kellner (1973) und teilweise auch Schmidt, W. (1967). Jedoch kann die dort vorgenommene Qualifikationsdifferenzierung sicher nicht ohne weiteres auf die hier angewandte Differenzierung der Ärzte übertragen werden. Der Einteilung in Assistenzärzte, Oberärzte und Chefärzte vielleicht etwas näher kommt die Aufteilung in "Funktionsgruppen", wie sie z.B. Sopp (1958) zwischen 1., 2. und 3. Schmelzer eines



Kurve 2

Krankmeldungen	Assistenzärzte (72)	Oberärzte (14)	Chefärzte (6)	Gesundheitsamtärzte (8)
keine in 1,0 Jahr	6	—	—	—
" " 1,5 Jahren	3	—	—	—
" " 2,0 "	6	—	—	—
" " 2,5 "	3	—	—	—
" " 3,0 "	4	—	—	—
" " 3,5 "	2	—	—	—
" " 4,0 "	1	—	—	—
" " 4,5 "	1	—	—	—
" " 5,0 "	1	—	—	—
" " 5,5 "	1	—	—	—
" " 16,5 "	1	—	—	—
" " 22,0 "	—	1	—	—

Siemens-Martin-Werkes in ihren Funktionen vornimmt. Eine vergleichbare Staffelung von Funktion und Verantwortung findet Kellner (1961,1963) in einem Großbetrieb der metallverarbeitenden Industrie zwischen Maschineneinstellern und Maschinenarbeitern, die diese Einstellarbeiten vornehmen können oder nicht.

Beide kommen zu dem Ergebnis, daß mit höherer Funktion der Krankenstand abnimmt (Wichtigkeit am Arbeitsplatz).

Stirn (1963) stellt fest, daß "bei den Verantwortlichen in den Betrieben außerordentlich niedrige Fehlzeiten" zu finden seien. Angestellte mit gehobener Tätigkeit fehlten durch Krankmeldung etwa ein Drittel weniger als die Gesamtheit der Angestellten (Spiegelhalter, F.u.F. Schnabel 1962c).

Auch Pugh, D.S. et al. (1959) stellen bei ihrer Untersuchung des Büropersonals der Eisenbahn fest, daß Angestellte in verantwortlichen Positionen eine niedrigere Krankheitsabwesenheit aufweisen, als die in weniger verantwortlichen. Zum selben Ergebnis kommen Lowell, Gerson und Skipper (1973), die jedoch gleichzeitig feststellen, daß die Migräne bei den Kopfarbeitern als Ausnahme bei einem Vergleich zwischen College-Professoren und Arbeitern eine stärkere Neigung zum Fehlen am Arbeitsplatz hervorruft als bei den Arbeitern, bei denen die "körperlichen" Erkrankungen stärker zu Fehlzeiten führen.

Auch die Feststellung von D. Thomson (1972), daß mit zunehmender Bezahlung die Fehlzeiten abnehmen, dürfte in Verbindung mit zu tragender Verantwortung stehen. Dabei bleibt unentschieden, ob sich hier die Bedeutung der Aufgabe oder die

Möglichkeit zur Übernahme der Verantwortung ausdrückt.

Auch in der DDR stellt K.O. Frank (1970) fest, daß Hand- und Transportarbeiter stärker gesundheitlich gefährdet sind als in leitender Tätigkeit Arbeitende. Der Krankenstand sinke,wenn das Verständnis "für die Gesamtinteressen des Betriebes und darüber hinaus des Staates" wachse.

Mit H. Sopp (1958) könnte eine Erklärung darin zu finden sein, daß in der abendländischen Welt die Arbeitsleistung zur sozialen Legitimation wird und die Wichtigkeit aller Fragen um Aufstieg und Beförderung nicht einfach mit Geltungssucht gleichzusetzen ist; oder mit Schelsky (1959): "..., d.h. die Menschen werden im wesentlichen nach ihren Berufen sozial eingeordnet..."

Zwischen den drei Positionen der klinisch tätigen Ärzte ergibt sich in Tabelle 4 keine Beziehung zwischen der Position und der Krankmeldehäufigkeit. Insgesamt haben die Chef- und Oberärzte aber weniger Fehltage als die Assistenzärzte über die Gesamtzeit 1945-1968/69.

Von den 100 durchgehend überschaubaren Ärzten haben die erste Krankmeldung in den ersten beiden Berufsjahren bei den

6 Chefärzten	2 Ärzte	=	33,33 %
14 Oberärzten	5 Ärzte	=	35,71 %
72 Assistenzärzten	29 Ärzte	=	40,27 %
8 Gesundheitsamtärzten	4 Ärzte	=	50,0 %

Geht man entsprechend der Verteilung der Gruppe B (Krankmeldung im 1. Berufsjahr) auf die drei Zeitgruppen (s. oben) davon aus, daß die Frühkrankmeldung über den Zeitraum 1945-69

praktisch gleich bleibt, so besteht hier also eine Beziehung hohe Position = späte erste Krankmeldung bzw. weniger arrivierte Position = frühe Erstkrankmeldung. Besonders hoch ist der Anteil der Frühkrankmeldungen bei den später als Gesundheitsamtärzte arbeitenden Ärzten. Bezüglich der Verteilung der ersten Krankmeldung auf die Berufsjahre in den einzelnen Positionen s. Kurve 2.

5.2.1 Drückt sich die Positionsverbesserung unmittelbar in einer Veränderung der Krankmeldehäufigkeit aus?

Von den insgesamt 29 Chefärzten des Gesamtkollektivs der insgesamt 188 Ärzte lassen sich bei 18 die Positionsänderungen übersehen, von insgesamt 32 Oberärzten lassen sich diese bei 29 Ärzten übersehen. Bei den späteren Chefärzten kam es zur Position Oberarzt nach durchschnittlich 7,4 Jahren, zur Position Chefarzt nach durchschnittlich 14,0 Jahren nach Berufsbeginn. Die jetzigen Oberärzte erreichten ihre Position nach durchschnittlich 8,6 Jahren. Insgesamt ist eine Beeinflussung der Krankmeldedauer und -häufigkeit bei den Positionsveränderungen nicht erkennbar. Die Krankmeldehäufigkeit ist unabhängig von Art und Länge der bis zum Positionswechsel innegehabten Position. Zur Beurteilung wurden die beiden Jahre vor und nach Positionswechsel herangezogen, was bei 13 Chef- und 19 Oberärzten möglich war. Eine Aufstiegsproblematik, die sich in Krankmeldung ausdrückt, ist bei den hier untersuchten Ärzten nicht zu erkennen.

5. Für alle 188 Ärzte der Untersuchung

ergibt sich durchschnittlich

1) Krankmeldungen pro Jahr 0,36

2) Fehltage pro Jahr 5,15

3) Fehltage pro Krankmeldungsjahr 13,3

4) durchschn. Dauer pro Krankmeldung 11,9 Tage.

Dabei ergibt sich für die Zeit von 1945-1968/69 in einer Aufteilung in drei Jahresgruppen (s. Tabelle 4) für Fehltage und Krankmeldehäufigkeit keine gleichmäßige oder für eine der vier Arztgruppen als typisch anzusehende Entwicklung. Insgesamt gibt es nur wenig Mehrfacherkrankungen pro Jahr.

6.1 Gegenüberstellung häufig und selten Krankmeldender

Für die Jahre 1961-1968 sind 123 Ärzte in der gleichen Position mindestens vier Jahre durchgehend verfolgbar. Davon werden ausgewählt nach Krankmeldehäufigkeit pro Jahr:

einmal und mehr 13 Ärzte (Gruppe X)

weniger als 0,2 mal 48 Ärzte (Gruppe Z).

Der durchschnittliche Beobachtungszeitraum für Gruppe X beträgt 7,1 Jahre, für Gruppe Z 7,2 Jahre pro Arzt. Zwischen beiden Gruppen besteht kein wesentlicher Unterschied im Durchschnittsalter (1968): Die Ärzte der Gruppe X sind im Durchschnitt 47,3 Jahre alt und damit nur 2,8 Jahre älter als die der Gruppe Z mit 44,5 Jahren.

Die Konfessionszugehörigkeit verhält sich in beiden Gruppen für evangelisch zu katholisch wie 3:1.

Alle fünf Ledigen der verglichenen Ärzte befinden sich in Gruppe Z und weisen weder Krankmeldungen noch Kongreßbesuche

im Beobachtungszeitraum auf.

Die Zahl der Kinder (ohne die kinderlosen Ledigen) ist in beiden Gruppen mit 2,1 (Gruppe X) bzw. 1,8 (Gruppe Z) annähernd gleich.

Die Gruppen unterscheiden sich bei dem Zeitraum Abitur - Medizinstudiumabschluß : Gruppe X 6,0 Jahre,
Gruppe Z 7,6 Jahre.

Beide Gruppen sind bezüglich der durchschnittlichen Stellungsdauer und Zugehörigkeit zum jetzigen Krankenhaus bzw. zur jetzigen Behörde vergleichbar. (s. Tab. 17)

Tabelle 17

Ärzte der Gruppe	Stellungsdauer in Jahren	Erfasste Gesamtzeit in Jahren	Zugehörigkeit zu jetzigem Krankenhaus bzw. Behörde in Jahren
X (13)	7,34	20,0	10,39
Z (48)	6,31	16,43	9,93

Von den insgesamt 123 Ärzten machen die 13 Ärzte der Gruppe X knapp 11%, die 48 Ärzte der Gruppe Z 39% aus. Dieses Verhältnis drückt die geringe Krankmeldefrequenz der hier untersuchten Ärzte aus.

Tabelle 18

Zusammensetzung der Gruppen X und Z nach Positionen (Prozentzahlen abgerundet).

Alle 123 Ärzte	Zusammensetzung der Gruppe X (13)	Zusammensetzung der Gruppe Z (48)
Chef-Ärzte (25) = 20%	1 (8%)	13 (27%)
Oberärzte (28) = 23%	4 (31%)	13 (27%)
Assistenzärzte (50) = 41%	4 (31%)	20 (42%)
Ges.-Amt-Ärzte (20) = 16%	4 (31%)	2 (4%)

Verglichen mit der Zusammensetzung aller 123 Ärzte nach den Positionen Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt und Gesundheitsamtarzt ist die Gruppe X bei den Chef- und Assistenzärzten unterrepräsentiert, ebenso wie es die Gruppe Z bei den Gesundheitsamtärzten ist, die in der Gruppe X überrepräsentiert sind. Das heißt also, Chef- und Assistenzärzte finden sich prozentual überwiegend unter den selten Krankmeldenden, die Gesundheitsamtärzte sind besonders stark unter den ein- und mehrmals im Jahr krankmeldenden Ärzten zu finden, die Oberärzte sind relativ überrepräsentiert in beiden Gruppen, bei den häufiger krankmeldenden Ärzten stärker (s. Tabelle 18).

Trotz der unterschiedlichen Krankmeldehäufigkeit 1961 - 1968 ist die durchschnittliche Fehlzeitendauer pro Krankmeldung für die insgesamte überschaubare Berufszeit in beiden Gruppen nur wenig unterschiedlich:

Gruppe X 15,44 Tage

Gruppe Z 13,58 Tage.

Es besteht also kein Antagonismus von (rel.) häufiger Krankmeldung und durchschnittlicher Dauer pro Krankmeldung.

In Gruppe X mit dem deutlich geringeren Abstand Abitur - Medizinstudiumabschluß ist das Milieu des Elternhauses durch eine größere Geschwisterzahl (2,1 pro Arzt) gegenüber Gruppe Z (1,4 pro Arzt), aber zu gleichen Teilen durch einen akademischen Beruf und ein nicht akademisches Angestellten- oder Beamtenverhältnis des Vaters (jeweils 46,15%) gekennzeichnet. In Gruppe Z beträgt dieses Verhältnis 43,75% zu 41,66 %.

Heiratsalter: Gruppe X 32,3 Jahre,

Gruppe Z 30,5 Jahre.

Bei einem Durchschnittsalter der Ärzte 1968 von 47,3 Jahren (Gruppe X) und 44,5 Jahren (Gruppe Z) arbeiten die Ehefrauen, die in Gruppe X 7,6 Jahre und in Gruppe Z 4,4 Jahre jünger als ihre Männer sind, ganz überwiegend in diesem Jahr nicht in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis mit (75% in Gruppe X, 76,7% in Gruppe Z).

Bei den insgesamt 56 Ehefrauen der Ärzte beider Gruppen ist ein Beruf (auch wenn er zur Zeit nicht ausgeübt wird) bei 13 Frauen feststellbar, nur zweimal entspricht er nicht dem

7. Eine Beeinflussung der Krankmeldefrequenz oder der Fehltage der männlichen Ärzte einer Fachabteilung durch Häufigkeit und Dauer der Krankmeldungen des jeweiligen Chefarztes ist nicht feststellbar.

Untersucht wurden 7 Fachabteilungen mit insgesamt 70 Ärzten für die Zeit von 1961 - 1968.
Die kleinste Abteilung umfaßte einschließlich des Chefarztes 5 Ärzte, die größte 18 Ärzte, die übrigen Abteilungen umfaßten zwischen 8 und 12 Ärzten. In keiner Fachabteilung wird eine durchschnittlich einmalige Krankmeldung pro Jahr erreicht, in der kleinsten Abteilung kommt es zu keiner Krankmeldung im gesamten Beobachtungszeitraum.

8. Kongreßangebote - Kongreßbesuche

Zeitabhängiger als die Krankmeldungen sind die Kongreßbesuche entsprechend dem steigenden Angebot über die Jahre.
Die nationalen und internationalen Kongresse werden häufiger.
Gemäß den Kongreßkalendern der Firma Boehringer/Mannheim beträgt ihre Zahl für:

1961	250	Kongresse
1962	285	"
1963	328	"
1964	391	"
1965	440	"
1966	505	"

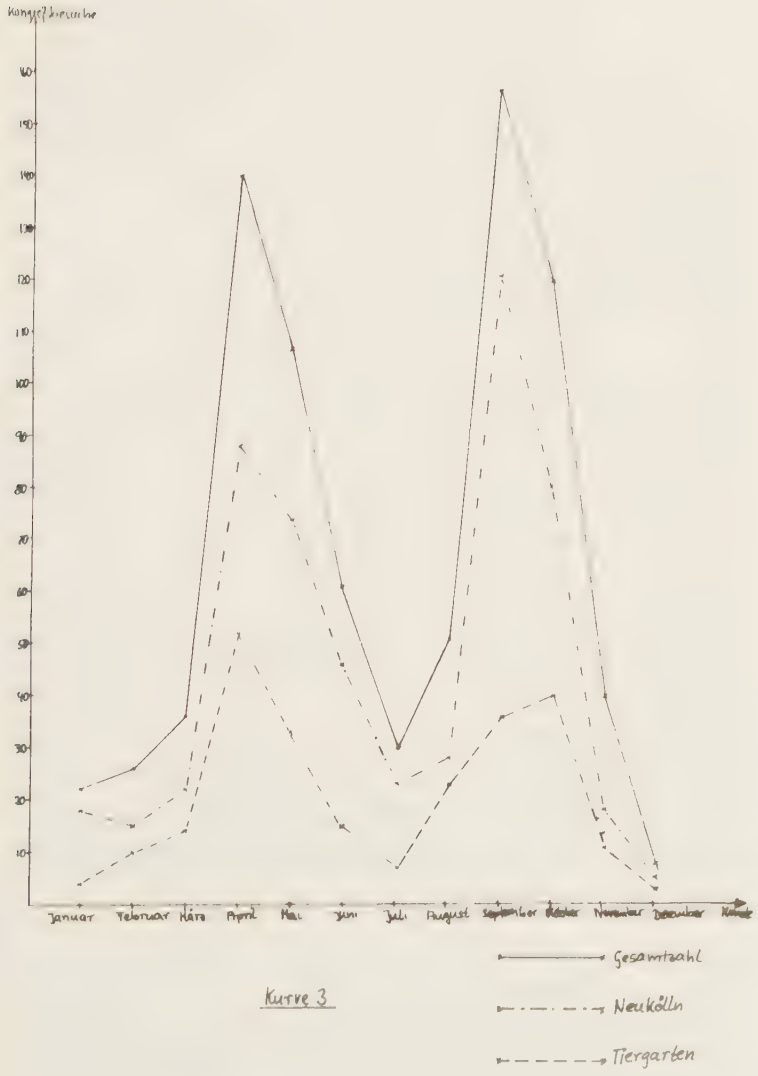
Der Angebotsgipfel liegt in den Monaten Mai und September, die Kongreßbesuche sämtlicher hier untersuchten Ärzte haben deutliche Gipfel in den Monaten April und September, die die -

punkte des Kongreßbesuches liegen im Juli und besonders im Dezember. In Kurve 3 ist die Verteilung der gesamten Kongreßbesuche über die Monate der in den beiden Bezirken mit den meisten Ärzten in dieser Untersuchung gegenübergestellt.

Das Aufzeigen des vollständigen nationalen und internationalen Kongreßangebotes für die Jahre 1945 - 1968 war nicht möglich. Auch Erhebungen der Bundesärztekammer existieren erst seit 1966, sie werden im Zweijahresrhythmus vorgenommen. Dabei werden für 1966 6240"Einzelveranstaltungen" (s.o.) angegeben, für 1968 6552 und für 1970 10166 "Einzelveranstaltungen für die BRD und Westberlin"(Stockhausen, J.u.R. Schiffbauer). In diesen Erhebungen bilden zwei- und vierstündige Veranstaltungen das Übergewicht.

8.1. Vergleich von viel mit wenig kongreßbesuchenden klinisch tätigen Ärzten.

Nach ihren Kongreßbesuchen in der Zeit vom 1.10.1967 - 30.9.1968 werden verglichen Gruppe 1 mit drei und mehr Kongreßbesuchen mit Gruppe 2 ohne Kongreßbesuch in dieser Zeit. Von den insgesamt einbezogenen 174 Ärzten entfallen auf die Gruppe 1 12 Ärzte, ausschließlich Chef- und Oberärzte mit einer durchschnittlichen Kongreßfrequenz von 4,8 für dieses Jahr und einem Durchschnittsalter von 52,5 Jahren (1968). Demgegenüber könnte die Gruppe 2 aus 96 Ärzten entsprechend der oben gegebenen Definition bestehen. Von diesen werden jedoch nur 27 nach Alter (durchschnittlich 48,5 Jahre) und Position (Verhältnis Chef- und Oberärzte zu Assistenzärzten = 19 : 8)


Januar
Februar
März
April
Mai
Juni
Juli
August
September
Oktober
November
Dezember
Gesamtzahl
Neukölln
Tiergarten

Kurve 3

ausgesucht, die die Gruppe 2 bilden. In beiden Gruppen sind mit 9 bzw. 8 etwa gleichviel Chefärzte vertreten. In den Jahren 1961 - 1968 besuchen die Ärzte der Gruppe 1 mehr als 12mal so oft einen Kongreß wie die der Gruppe 2, bei einem Vergleich nur der Chefärzte beider Gruppen miteinander ist das Verhältnis sogar 15 : 1.

Ebenfalls, wenngleich auch weniger deutlich, besteht ein Übergewicht der Gruppe 1 bei den Krankmeldungen und Fehltagen. Die Chefärzte der Gruppe 1 liegen bei einem Durchschnittsalter von 55,8 Jahren (1968) mit einer Fehlzeitendauer von 58,5 Tagen für die Zeit von 1961 - 1968 allerdings deutlich über der der Chefärzte der Gruppe 2 (Durchschnittsalter 53,5 Jahre) mit 31 Tagen. Dabei, wie bei den nachfolgenden Angaben über die Chefärzte der beiden Gruppen, ist in jeder Gruppe ein nicht über die Gesamtzeit der 8 Jahre in dieser Position verfolgbarer Chefarzt nicht berücksichtigt.

Die Fehltage pro Arzt liegen in beiden Gruppen mit 52,6 Tagen in Gruppe 1 und 48,7 Tagen in Gruppe 2 mit also nur [illegible] Tagen Differenz für 8 Jahre dicht beieinander. In Gruppe 2 haben für diese Zeit die 11 Oberärzte (Durchschnittsalter 1968 47,4 Jahre) durchschnittlich 45,8 Fehltage, die 3 Assistenzärzte (Durchschnittsalter 45,1 Jahre) dagegen 80,3 Fehltage. Hier kommt es also mit höherer Position bei nur geringfügiger Zunahme des Alters zu einer Abnahme der Fehltage. Ein Vergleich mit der Gruppe 1 ist wegen der geringen Zahl von nur 3 Oberärzten nicht möglich.-

Das Heiratsalter der Gruppe 1 liegt mit 28 Jahren unter dem der Gruppe 2 mit 31,5 Jahren, allerdings nicht bei den Chef-

Ärzten, wo es in Gruppe 1 (9 Ärzte) 31 Jahre und in Gruppe 2 (8 Ärzte) 28,0 Jahre beträgt.
In beiden Gruppen gehören die Ärzte ihrem jetzigen Arbeitsplatz etwa 15 Jahre an, die Chefärzte nur wenig länger, als die einzelnen Ärzte der jeweiligen Gruppe und die durchschnittliche Dauer der letzten Position beträgt bei den Ärzten der Gruppe 1 10,6 Jahre (Chefärzte 12,1 Jahre), bei der Gruppe 2 9,4 Jahre (Chefärzte 11,9 Jahre).
Der Abstand Abitur- Medizin. Staatsexamen ist in beiden Gruppen bei den Chefärzten geringer als der jeweilige Gruppendurchschnitt (Bedeutung der Interruptiozeit Abitur-Med.-Stud.-Beginn bzw. der Studiumdauer wird weiter unten noch behandelt werden).
Zusammenfassend: Für die Jahre 1961 - 1968 haben die Ärzte der Gruppe 2 auch erheblich weniger Kongreßbesuche (durchschnittlich pro Arzt 1,9 gegenüber der Gruppe 1 mit 23,7), etwas weniger als 0,6mal soviel Krankmeldungen (2,4 gegenüber 4,1 der Gruppe 1) und weniger Fehltage. Sie heiraten im Durchschnitt 3,5 Jahre später, der Abstand Abitur - med. Staatsexamen ist 0,5 Jahre länger und sie sind geringfügig kürzer in ihrer jetzigen Position und ihrem jetzigen Arbeitsverhältnis als die Ärzte der Gruppe 1.
Die Chefärzte der Gruppe 1 haben in den Jahren 1961 - 68 erheblich mehr Kongreßbesuche und Fehltage und mehr Krankmeldungen als die Chefärzte der Gruppe 2:

	Chefarzt Gr. 1	Chefarzt Gr. 2
Kongreßbesuch:	23,4	1,75
Fehltage:	53,5	31,0
Krankmeldungen:	5,7	2,1

Der Abstand Abitur - Med. Staatsexamen ist bei ihnen länger und das Heiratsalter höher als bei den Chefärzten der Gruppe 2. Der Abstand Abitur-Staatsexamen der Chefärzte der Gruppe 1 beträgt 7,5 Jahre, der der Chefärzte der Gruppe 2 dagegen nur 6,5 Jahre.

2. Vergleich von 174 der 186 Ärzte dieser Untersuchung für die Zeit vom 1.10.1967 - 30.9.1968

Die 174 Ärzte, die aufgrund der Vollständigkeit ihrer Personalunterlagen für die untersuchte Zeit für diese vergleichende Betrachtung herangezogen werden können, setzen sich aus 155 klinisch tätigen und 19 im bezirklichen Gesundheitsamtdienst tätigen Ärzten zusammen.
Bei den klinisch tätigen Ärzten überwiegen im Beobachtungsjahr die Kongreßbesuche gegenüber der Zahl der Krankmeldungen, bei der anderen Arztgruppe ist es umgekehrt (s. Tabelle 19).

Tabelle 19

	Krankmeldungen	Kongreßbesuche
klinisch tätige Ärzte	32 = 20 %	122 = 78 %
Im Gesundheitsamt tätige Ärzte	10 = 52,6 %	9 = 42 %

1)

In den beiden Bezirken mit den unter den drei untersuchten Berliner Bezirken meisten männlichen angestellten Ärzten (Tiergarten und Neukölln) entspricht einem überdurchschnittlichen Kongreßbesuch eine überdurchschnittliche Krankmeldehäufigkeit (Neukölln) bzw. es besteht eine entsprechende umgekehrte Parallelität im Bezirk Tiergarten (s. Tabelle 21).

Tabelle 20

	Krankmeldende	Kongreßbes.	Krankentg. pro Arzt	Dauer pro Krankmeldg.
Klinisch tätige Ärzte (155)	46=29,7%	59=38%	4,9	14,4 Tage
Gesundheitsamtsärzte (19)	8=42%	8=42%		

Tabelle 21

Verteilung der Krankmeldungen und Kongreßbesuche der klinisch tätigen Ärzte (a) und der Gesundheitsamtärzte (b) auf die drei untersuchten Berliner Bezirke.

Ges.-Ärzte	Krankmeldungen	Kongreßbesuche
Neukölln (a) 73	32 = 43,3 %	69 = 94,5%
(b) 7	6 = 85,7 %	2 = 28,6%
Tiergarten (a) 55	19 = 34,6 %	36 = 65,4%
(b) 5	3 = 60 %	3 = 60 %
Tempelhof (a) 27	11 = 40,7 %	17 = 63 %
(b) [illegible]	1 = 14,3 %	[illegible] = 42,9%

2).

Diese Beziehung bestätigt sich in drei von vier Krankenhäusern sowohl für Krankmeldungen und Kongreßbesuche als auch für Krankmeldende und Kongreßbesuchende (s. Tabelle 20 und 22).

Tabelle 22

	Krankenhaus Britz (14 Ärzte)	Wenckeb. Krankenh. (27 Ärzte)	Krankenhaus Neuk. (40 Ärzte)	Krankenhaus Moabit (51 Ärzte)
Krankmeldungen	3= 21,4%	11=40,7%	23= 57,5%	18=35,3%
Krankmeldende Ärzte	3= 21,4%	9=33,3%	14=35 %	15=27,4%
Tage pro Erkrankg.	15	10,8	17,3	16,8
Krankh.-bed.Fehltg. pro Arzt	3,2	4,4	7,6	5,3
Kongreßbesuche	9=64,3%	17=63 %	43=107,5%	34=66,7%
Kongreßbes.Ärzte	4=28,6%	9=33,3%	18= 45 %	17=33,3
Kongresse pro Kongreßbes. Arzt	2,25	1,89	2,38	2,0

3)

Sie bestätigt sich für die Gruppen der Chefärzte, Oberärzte und Assistenzärzte (s. Tabelle 23).

	Krank-meldungen	Krank-meldende	Tage pro Erkrankung	Krank-meldetage pro Arzt	Kongreß-besuche	Kongreß-besuchende	Gesamt-zahl
Chefärzte	15 = 53,6 %	9 = 32,1 %	16,3	7,2	63 = 225 %	19 = 64,3 %	28
Oberärzte	13 = 41,9 %	12 = 38,7 %	14,8	4,2	32 = 103,2 %	17 = 54,8 %	31
Assistenzärzte	34 = 35,4 %	25 = 26 %	13,3	4,5	27 = 28,1 %	23 = 23,9 %	96

Tabelle 23

4)

Sie läßt sich nicht in den Fachgebieten insgesamt bestätigen (168 Ärzte sind erfaßt, die 6 übrigen Ärzte sind wegen zu kleiner Abteilungseinheiten nicht erfaßt).

5)

Sie bestätigt sich nicht in den Fachgebieten der einzelnen Krankenhäuser.

6)

In allen drei Bezirken ergibt sich ein überdurchschnittlicher Kongreßbesuch bei den internistisch tätigen Ärzten, ein unterdurchschnittlicher bei den chirurgisch tätigen Ärzten.

7)

In allen Bezirken weisen die gynäkologisch tätigen Ärzte eine unterdurchschnittliche Krankmeldehäufigkeit auf.

8)

Bei den drei größten und in allen drei Bezirken vertretenen Fachabteilungen (insgesamt 42 internistisch tätige Ärzte, 23 gynäkologisch tätige Ärzte und 22 chirurgisch tätige Ärzte) besteht eine direkte Beziehung zwischen der Zahl der Kongreßbesuche und dem Anteil der Chef- und Oberärzte (s. Tabelle 24), aber in den einzelnen Krankenhäusern besteht keine direkte Beziehung zwischen Zahl der Kongreßbesucher und prozentualem Anteil der Chefärzte am männlichen Ärztekollektiv. Entsprechendes gilt bei den Krankmeldungen und bei den krankmeldenden Ärzten. Im Übrigen besteht weder bei Kongreßbesuch

noch Krankmeldung ein erkennbarer Einfluß auf das Verhalten der Ärzte der Abteilungen durch das Verhalten der jeweiligen Chefärzte in dieser Beziehung.

Tabelle 24

Zusammenfassung der drei in allen drei Bezirken vertretenen Fachabteilungen. Der prozentuale Kongreßbesuch der 155 klinisch tätigen hier erfaßten Ärzte beträgt insgesamt 78%.

	Intern.Fachabt.(42 Ä.)	chirurg.Fachabt.(22 Ä.)	gynäkolog.Fachabt.(23 Ä.)
Chefärzte	14,3% (6)	9 % (2)	8,7% (2)
Oberärzte	23,8% (10)	22,7% (5)	26 % (6)
Summe	38,1%	31,7%	34,7%
Kongreßbes. d.Fachabt.	119,9%	54,5%	65,2%

9)

In drei von vier Krankenhäusern besteht fast gleiche prozentuale Kongreßbeteiligung unabhängig von der Krankenhausgröße, nur am Krankenhaus Neukölln kommt es zu eindeutig über-durchschnittlichem Kongreßbesuch und weniger deutlich auch zur höchsten Krankmeldefrequenz. (s. Tabelle 22). Das Übergewicht bei den Kongreßbesuchen entsteht nicht allein, aber überwiegend durch Mehrfachkongreßbesuche. Dennoch besucht im Krankenhaus Neukölln ungefähr jeder zweite Arzt, in den anderen Krankenhäusern ungefähr jeder dritte Arzt einen Kongreß im Beobachtungszeitraum. Weder für die Kongreßbesuche noch für die Zahl der kongreßbesuchenden Ärzte noch für die Zahl der Kongresse pro kongreßbesuchendem Arzt findet sich eine direkte

Beziehung zur Größe des jeweiligen Krankenhauses (gemessen an der Zahl der männlichen Ärzte).

10)

In keinem Bezirk übersteigt die Zahl der krankmeldenden klinisch tätigen Ärzte die der kongreßbesuchenden, und in allen vier untersuchten Krankenhäusern (mindestens 14 Ärzte, höchstens 51 Ärzte) liegt der prozentuale Kongreßbesuch deutlich über dem prozentualen Anteil der Krankmeldungen (s. Tabelle 22). Auch für die Häufigkeit der Krankmeldungen, die Zahl der krankmeldenden Ärzte und Tage pro Krankmeldung einerseits und Krankenhausgröße andererseits gibt es in dem Vergleich der vier Krankenhäuser keine direkte Beziehung. Durch die Nichtberücksichtigung der weiblichen Ärzte sind in Tabelle 22 zwar die absoluten Zahlen der angestellten Ärzte, nicht aber die Größenverhältnisse der Krankenhäuser zueinander verändert.

11)

Ein erheblich stärkeres Überwiegen der arrivierten Positionen besteht bei den Kongreßbesuchen gegenüber den Krankmeldungen, besonders durch Mehrfachbeteiligung, die bei den Kongressen größer als bei den Krankmeldungen ist (s. Tabelle 23).

12)

Die Gruppe der Gesundheitsamtärzte, bei denen wie oben erwähnt, ein umgekehrtes Verhältnis von Kongreßbesuchen zu Krankmeldungen gegenüber den klinisch tätigen Ärzten besteht, läßt sich zu gleichen Teilen aufteilen in eine Gruppe von Ärzten, die direkt in diese Tätigkeit strebt (Gruppe I -

9 Ärzte), und eine mit längerer klinischer Tätigkeit (Facharztanerkennung) vor ihrer jetzigen Tätigkeit (Gruppe II - 10 Ärzte). Beide Gruppen haben ein Durchschnittsalter von über 50 Jahren (52,9 Jahre bzw. 50,5 Jahre) im Jahre 1968. Das Durchschnittsalter der einzelnen Fachgruppen klinisch tätiger Ärzte beträgt zum selben Zeitpunkt zwischen 34,5 und 46 Jahren.
Bei vergleichbarem Alter und gleicher Kongreßbesuchshäufigkeit der Gruppen I und II hat letztere deutlich mehr Krankmeldungen, krankmeldende Ärzte und eine erheblich längere durchschnittliche Fehlzeit pro Arzt als Gruppe I (s. Tabelle 25).

Tabelle 25

Gegenüberstellung der Gesundheitsamtärzte mit und ohne vorausgehende klinischer Tätigkeit.

	Gruppe I (9 Ärzte)	Gruppe II (10 Ärzte)
Durchschnittsalter 1968	52,9 J.	50,5 J.
Krankmeldungen	11% (1x)	90% (9x)
Kongreßbesuche - und besuchende	44% (4x)	40% (4x)
Fehltage pro Arzt	0,44	9,5
Krankmeldende Ärzte	11% (1)	70% (7)

Weder in den einzelnen Krankenhäusern noch in den Abteilungen der Krankenhäuser war ein Einfluß der Größe des Betriebes bzw. der Arbeitsgruppe (hier allerdings ohne

Einbeziehung der weibl. Ärzte) festzustellen, wie ihn z.B. Panakal (1946), Baumgartel und Sobol (1959), S. Forssman (1961), Stirn (1963), Bews (1966), Flügge (1966), W. Schmidt u.a. fanden. Sie stellten fest, daß die Abwesenheit in den größeren Betrieben größer sei. H.H.Bashford (1944) meint dazu, daß die eigene Bedeutung der Arbeiter und Angestellten in kleineren Betrieben besser zu realisieren sei und daß in unpersönlichen Organisationen kurze Abwesenheit nicht ins Gewicht fiele.
Auch der z.B. von Fox und Scott (1943) schon festgestellte Einfluß der Teamarbeit auf eine niedrige Fehlzeitenquote hin konnte in den einzelnen Abteilungen der untersuchten Krankenhäuser nicht festgestellt werden. Selbstverständlich konnte auch keine Aussage getroffen werden über die Bedeutung der Qualifikation der Vorgesetzten als die Fehlzeiten beeinflussendem Faktor, wie er von verschiedenen Autoren angeführt wird.

10. Beziehung Alter-Krankmeldung

Die Feststellung Ulichs (1965), daß der Zusammenhang von Lebensalter und Fehlzeit als relativ gut gesichert gelten kann, wird von Sopp (1958) für die Durchschnittsdauer der Krankmeldungen bestätigt:"Zwar erkrankt der ältere Mensch weniger häufig, wird jedoch mit der manifesten Krankheit auch weniger gut fertig". 1966 bezeichnet Sopp den Krankenstand als eine lineare Funktion des Lebensalters.
Er verweist aber gleichzeitig auf die "Krankheitsspezifität der jeweiligen Betriebsstelle (so auch W. Kellner 1967a, 1967b,1967c,1968a,1968b,1968c). Es sei unter vergleich-

baren Bedingungen der Gesundheitszustand der älteren Jahrgänge günstiger als der der jüngeren Altersstufen. Sopp fand in derselben Arbeit, daß "das Schwergewicht des Arbeitsausfalls durch Krankheit" in der Industrie bei den jüngeren, bei der Behörde überwiegend bei den älteren Jahrgängen liegt. Bei einem Vergleich einer Beamtengruppe mit einer ebenfalls in der Behörde unter vergleichbaren äußeren Arbeitsbedingungen arbeitenden nicht im Beamtenverhältnis stehenden Arbeitern stellte Sopp fest, daß bei den Arbeitern "keine feste Bindung an die Altersgruppe" beim Krankheitsfall erkennbar ist, während bei den Beamten ein steiles Ansteigen der Krankheitskurve ab dem 40. Lebensjahr erkennbar war. "Im bürgerlichen Leben gibt es wenige Ereignisse, die an gesundheitsschädigender Wirkung der Übernahme in das Beamtenverhältnis gleichkommen".

A. Frederking (1971) fand bei 1039 Beschäftigten der Stadt Heidelberg, von denen 488 Arbeiter, 337 Angestellte und 214 Beamte waren, daß mit zunehmendem Alter sowohl die Fehltage pro Person und Jahr häufiger werden, als auch der einzelne Krankheitsfall länger dauert. Die jüngste Altersgruppe fehlt am seltensten.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Gafafer und Sitgraves (1945) und bezüglich der Krankmeldedauer auch Spiegelhalter und Schnabel (1962b), die allerdings bei den jüngeren Arbeitnehmern eine größere Krankmeldehäufigkeit als bei den älteren fanden. Auch D. Thomson (1972) fand bei Beschäftigten des öffentlichen Dienstes eine mit dem Alter zunehmende Dauer pro Krankmeldung. Sopp (1958) stellte weiter bei Auszählung des Nichtkrankenstandes (Nichtinanspruchnahme

der Krankenkasse im Laufe eines Jahres) fest, daß dieser in den Industriebetrieben im allgemeinen unter 50%, in den Behörden dagegen bei über 60% liegt. Dieser letzte Wert stimmt recht gut mit den Zahlen der Tabelle 26 der vorliegenden Arbeit überein. Und weiter Sopp:"Der außerordentlich hohe Krankenstand verteilt sich also nicht auf die Gesamtheit der Betriebsangehörigen, sondern umfaßt nur rund ein Drittel". Dieses "böseDrittel" wurde auch bei Untersuchungen in Amerika gefunden, bei beiden Geschlechtern. Wie Sopp an anderer Stelle schreibt, vereinigt dieses"böse Drittel" gewöhnlich 70-80% aller Fehlzeiten auf sich. Sopp (1966):"Der Krankenstand wird nicht von der Masse der Mitglieder einer Gruppe gestellt, sondern von einer relativ kleinen soziologisch exakt zu definierenden Minderheit". Untersucht wurde hier die Gesamtheit der Lohnempfänger eines großen Industriewerkes.

Auch N. Plummer (1960) stellt fest, daß ein Drittel der Beschäftigten vier Fünftel der Fehlzeiten verursacht.

Wenn in der vorliegenden Arbeit "Jüngere""Älteren"gegenübergestellt und die Ergebnisse mit Untersuchungsergebnissen vorwiegend aus der Industrie verglichen werden, darf dabei nicht vergessen werden, daß die jüngsten Ärzte hier am Ende des dritten bzw. am Beginn des vierten Lebensjahrzehntes stehen, während die jüngsten Arbeitnehmer in der Industrie im zweiten Lebensjahrzehnt stehen.

In allen Zeitabschnitten der Tabelle 4 meldet die älteste Gruppe (Gesundheitsamtärzte) am häufigsten krank.

1)

Die Krankmeldehäufigkeit nimmt von den Assistenzärzten (Durchschnittsalter 1968 34,9 Jahre) mit 35,4% Krankmeldungen für die Zeit vom 1.10.1967-30.9.1968 über die Oberärzte (Alter 43,3 Jahre) mit 41,9% zu den Chefärzten (54,0 Jahre) mit 53,6% zu (s. Tabelle 23).

2)

Mehrfacherkrankungen sind bei den Chefärzten als der ältesten Gruppe am häufigsten (s. Tabelle 23).

3)

Die Dauer pro Krankmeldung nimmt von den Assistenzärzten über die Oberärzte zu den Chefärzten zu (s. Tabelle 23).

4)

Aber bei einem Durchschnittsalter von 51,6 Jahren (1968) bei den 19 Gesundheitsamtärzten liegt hier die Krankmeldehäufigkeit mit 52,6% praktisch gleich hoch wie bei den altersmäßig vergleichbaren Chefärzten, jedoch unter der der durchschnittlich 40 Jahre alten 22 chirurgisch-urologisch tätigen Ärzte mit 54,5% und der der durchschnittlich 41 Jahre alten 16 Röntgenologen mit 56,25%.

5)

Bei einer Aufteilung der 174 für die Zeit vom 1.10.1967-30.9.1968 erfaßten Ärzte in vier Altersgruppen ergibt sich für Krankmeldungen und Krankmeldende die folgende Tabelle (Tabelle 26).

Altersgruppe	Krankmeldungen 1967-68			Krankmeldende
	0 mal	1 mal	> 1 mal	
a 29-38 Jahre (82 Ärzte)	65 = 79,3%	13 = 15,8%	4 = 4,9%	20,7 %
b 39-48 Jahre (46 Ärzte)	27 = 58,7%	16 = 34,8%	3 = 6,5 %	41,4 %
c 49-58 Jahre (36 Ärzte)	22 = 61,1%	10 = 27,8%	4 = 11,1 %	38,9 %
d 59 u. mehr Jahre (10 Ärzte)	6 = 60,0%	4 = 40,0%	0	40,0 %

Tabelle 26

Es kommt also zu einer Zunahme der Krankmeldenden besonders beim Übergang vom 4. zum 5. Lebens-Jahrzehnt (in Tabelle 26 von Altersgruppe a nach b), in den folgenden Altersgruppen bleibt die Zahl der Krankmeldenden praktisch konstant.

Zu einem Sprung an gleicher Stelle kommt es bei den Krankmeldungen. Zu einer Abnahme kommt es bei der ältesten Gruppe, da hier keine Mehrfacherkrankungen vorkommen, die von Gruppe a nach c zunehmen.

Krankmeldungen:

Gruppe a	24	=	29,3%
Gruppe b	22	=	47,8%
Gruppe c	20	=	55,5%
Gruppe d	4	=	40,0%

Mehrfachkrankmeldungen kommen besonders in der Gruppe der 49 - 58jährigen vor, hier sind über 75% der Chefärzte vertreten und melden sich weit über ihren zahlenmäßigen Gruppenanteil krank (s. Tabelle 27), ähnlich wie die Assistenzärzte in der Gruppe der 39 - 48jährigen, die hier aber mit 28% einen geringeren Gruppenanteil ausmachen als die Chefärzte in der nächstälteren Gruppe mit 47% (s. Tabelle 27). Die Gesundheitsamtärzte zeigen nicht die erwartete überproportionale Krankmeldehäufigkeit, sondern entsprechen in allen vier Zeitgruppen bei ihren Krankmeldungen am ehesten ihrem jeweiligen Gruppenanteil in Tabelle 27. Ihre überdurchschnittliche Krankmeldehäufigkeit kommt offensichtlich durch den Umstand zustande, daß sie nicht in der jüngsten Altersgruppe vertreten sind.

Tabelle 27

Die Prozentangaben sind abgerundet.

Altersgruppe		Gruppenanteil	Aufteilung der Krankmeldungen
a	Chefärzte	Ø	Ø
(82)	Oberärzte	3= 4%	2= 8%
	Ass.-Ärzte	79=96 %	22= 92%
	Ges.-A.-Ärzte	Ø	Ø
b	Chefärzte	5= 11,5	1= 5%
(46)	Oberärzte	22= 48%	9= 41%
	Ass.-Ärzte	13= 28%	10= 45%
	Ges.-A.-Ärzte	6= 13%	2= 9%
c	Chef-Ärzte	17= 47%	13= 65%
(36)	Oberärzte	6= 17%	1= 5%
	Ass.-Ärzte	2= 5%	Ø
	Ges.-A.-Ärzte	11= 31%	6= 30%
d	Chefärzte	6= 60%	1= 25%
(10)	Oberärzte	Ø	Ø
	Ass.-Ärzte	2= 20%	2= 50%
	Ges.-A.-Ärzte	2= 20%	1= 25%

Insgesamt ist keine direkte Beziehung von Position zur Krankmeldung erkennbar, zum Beispiel keine Zunahme bei Übernahme der Chefarztposition (s. oben).

Trotz der Einschränkung durch die älteste(und kleinste!) Altersgruppe scheint die Zunahme von Krankmeldehäufigkeit und Dauer pro Krankmeldung von den Assistenzärzten über die Oberärzte zu den Chefärzten in Tabelle 23 eine Funktion des Alters zu sein. Deutlicher als bei der Zahl der Krankmeldungen drückt sich der Einfluß des Alters bei der Fehlzeitendauer pro Arzt (1967-68) aus:

Gruppe a 2,2 Tage
Gruppe b 6,0 "
Gruppe c 8,1 "
Gruppe d 16,0 "

bzw. in der Fehltagen pro krankmeldendem Arzt:

Gruppe a 10,5 Tage
Gruppe b 14,6 "
Gruppe c 18,8 "
Gruppe d 40,0 "

und den Tagen pro Krankmeldung:

Gruppe a 9,1 Tage
Gruppe b 14,1 "
Gruppe c 13,9 "
Gruppe d 40,0 ".

Andererseits fällt auf, daß die Chefärzte gerade in der Altersgruppe der 49 - 58jährigen überproportional häufig krank melden, während sie in der jüngeren und älteren Altersgruppe mit ihren Krankmeldungen deutlich unter ihrem zahlenmäßigen Gruppenanteil bleiben. Eine entsprechende Situation ergibt sich für die 39 - 48jährigen Assistenzärzte in Tabelle 27 in der Altersgruppe, in der die Oberärzte am stärksten vertreten sind. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß diese Lebensjahre für die Assistenzärzte eine besondere karriereabhängige Belastung darstellen, zumal sie in der folgenden Altersgruppe kaum noch vertreten sind. Desgleichen ist für die Chefärzte, unabhängig vom Positionswechsel, eine besondere berufsbedingte Belastung im 6. Lebensjahrzehnt denkbar, die zu vermehrter Krankmel-

dung führt und in späteren Jahren entfällt oder besser kompensiert wird.

Der Umstand, daß bei gleichbleibendem Anteil von Krankmeldenden in den drei ältesten Altersgruppen die prozentuale Beteiligung der drei klinischen Positionsgruppen sehr unterschiedlich ist, läßt eben doch an andere als altersbedingte Gründe denken, denen allerdings im Rahmen dieser Arbeit leider nicht weiter nachgegangen werden konnte.

Einen "normalen" Krankenstand gibt es nach H. Stirn (1966) nicht, "sondern nur Krankenstände, die oberhalb oder unterhalb der Durchschnittsziffern liegen". Auf jeden in der Industrie beschäftigten Arbeiter entfielen jährlich mindestens 20 Kalendertage Arbeitsunfähigkeit wegen Krankmeldung. Da sich knapp die Hälfte bis ein Drittel der Arbeitnehmer nicht oder nur zwei bis drei Tage jährlich krankmeldeten, "kommen auf den anderen Teil also 30 - 40 Krankheitstage bei oft mehrfachen Krankmeldungen".

Sopp (1958) führt aus einem Bericht des Bundesarbeitsministeriums für das Jahr 1954 an, daß sich für die Mitglieder der sozialen Krankenversicherung eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer von 24 Tagen ergibt. Sie schwankt zwischen 20 Tagen bei den Land- und Innungskrankenkassen und 31 Tagen bei den Angestelltenersatzkassen.

Stirn (1966) stellt weiter bei Angestellten durchschnittlich 10 - 12 Tage Arbeitsausfall durch Krankmeldung pro Person und Jahr fest, was aber nicht unbedingt eine effek-

tiv geringere durchschnittliche Fehlzeit als bei den Arbeitern bedeute. Vielmehr sei bei Angestellten "die Zahl der einzelnen Tage, der halben Tage und der Stunden, die sie vom Arbeitsplatz aus privaten Gründen abwesend sind , höher als bei den Arbeitern, die i.d.R. noch nach Stunden bezahlt werden...". Dementsprechend sei die korrekte statistische Erfassung bei den Angestellten recht schwierig.

Ruch (1953) nennt 3% gleich je 1 Tag von 33 Tagen einen angemessenen Standard, Goosen (1956) gibt 8 Krankheitstage als angemessene durchschnittliche Jahresfehlzeit an.

H. Stirn (1963) nimmt an, daß wahrscheinlich im Durchschnitt 5 - 7% der Arbeitnehmer fehlen.

Zeitentsprechend geht in diese Angaben kein negativer Konjunkturfaktor mit ein, der lediglich als ein mögliches beeinflussendes Moment erwähnt wird.

H. Friedrichs nennt 1962 einen Krankenstand von 10-15% "heute keine Seltenheit mehr".

Blohmke und Jost (1975) stellen einen Anstieg der Krankenstände in der BRD nach 1950 fest.

Nach Silomon (1973) soll 1970 der Ges.-Krankenstand in der BRD 5,62% ausgemacht haben, Blohmke und Jost geben eine Tabelle von P.E. Enterline (1966) wieder, in der die wegen Krankheit Fehlenden an einem Stichtag des Jahres 1965 in der BRD 5,7%, in Schweden 5,6%, in Kanada dagegen nur 1,1% der Beschäftigten ausmachen.

Der Krankenstand der Mitglieder der Betriebskrankenkassen in der BRD betrug im Mai 1975 6,52%, im April 5,83%

(April 1974 6,50%) (Deutsches Ärzteblatt, Heft 37, 1975).

Auch für die vorliegende Arbeit gilt wohl, was Stirn (1966) für die stundenweise Abwesenheit vom Arbeitsplatz bei Angestellten einschränkend angibt. Andererseits scheint diese Einschränkung bei dem hier untersuchten Beruf dadurch ausgeglichen zu werden, daß eine exakte Einhaltung der Dienstzeit kaum möglich ist. Ein Vergleich der in Tabelle 4 aufgeführten Fehltage mit der von Stirn genannten Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr läßt die Fehlzeiten der Ärzte als recht niedrig erscheinen, ein Eindruck, den der Autor auch innerhalb des Krankenhausbetriebes gefunden zu haben glaubt, ohne daß allerdings diese Untersuchung dieser Frage nachgehen konnte. Eine Untersuchung, die sich mit einzelnen Berufsgruppen innerhalb eines nach außen abgegrenzten Arbeitskollektivs im Sinne der Fragestellungen dieser Arbeit beschäftigt, konnte nicht gefunden werden. Sämtliche Arbeiten mit entsprechenden Fragestellungen vergleichen verschiedene Formen des Angestelltenverhältnisses (Arbeiter, Angestellter, Beamter) nach beruflicher Qualifikation oder sozialer Stellung.

10. 1.

Beziehung von Fachgebiet zu Krankmeldung bzw. Fehlzeit einer Altersgruppe (29-38 Jahre 1968) für die Zeit 1961 - 1968.

Obwohl von der Altersstruktur sicherlich am wenigsten geeignet von den vier Altersgruppen, wurde die jüngste Gruppe wegen ihrer Größe und ihrer gegenüber den anderen Grup-

pen größten Abgesetztheit in Tabelle 26 ausgewählt. Verglichen wurden fünf Fachabteilungen mit insgesamt 64 Ärzten (24 internistisch tätige, 11 chirurgisch tätige, 5 röntgenologisch tätige, 15 gynäkologisch tätige, 7 anästhesistisch tätige Ärzte).

Bei Außerachtlassen der Röntgenologen wegen einer erfaßten durchschnittlichen Berufszeit von nur knapp 2 Jahren weisen die internistisch tätigen Ärzte die häufigsten Krankmeldungen und besonders die längsten Fehlzeiten pro Jahr auf, während die gynäkologisch tätigen sich weniger als 0,5 mal so häufig im Jahr krank melden bei Fehlzeiten, die im Rahmen der übrigen beiden Abteilungen in Tabelle 28 liegen, aber weniger als halb so lang wie die in den inneren Abteilungen durchschnittlich auftretenden sind. Die chirurgisch tätigen Ärzte melden sich fast so häufig pro Jahr krank wie die in den anästhesistischen Abteilungen tätigen Ärzte oder die Ärzte der inneren Abteilungen, sie haben aber mit 3,15 Fehltagen die geringste jährliche Fehlzeit der vier in Tabelle 28 verglichenen Abteilungen. Die Zahl der Fehltage pro Jahr der bei weitem die meisten Fehltage aufweisenden internistisch tätigen Ärzte ist mehr als doppelt so hoch wie die der chirurgisch tätigen Ärzte, was die Frage nahelegt, ob weniger stabile Ärzte eher Internisten werden.

Beim Vergleich mit sämtlichen für die Zeit vom 1.10.1967-30.9.1968 durchgehend verfolgbaren insgesamt 96 Ärzten der Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie/Urologie, Anästhesie und Gynäkologie fällt ebenfalls (für dieses

Fachabteilungen	Krankmeldungen pro Jahr	Fehltage pro Jahr	Erfaßte Berufsjahre	Zahl der Ärzte
Innere Abteilung	0,48	7,78	3,36	24
Chirurgisch-urologische Abteilung	0,41	3,15	4,48	11
Röntgenologische Abteilung	0,16	0,51	1,90	7
Gynäkologische Abteilung	0,21	3,44	4,14	15
Anästhesistische Abteilung	0,46	3,31	3,50	7

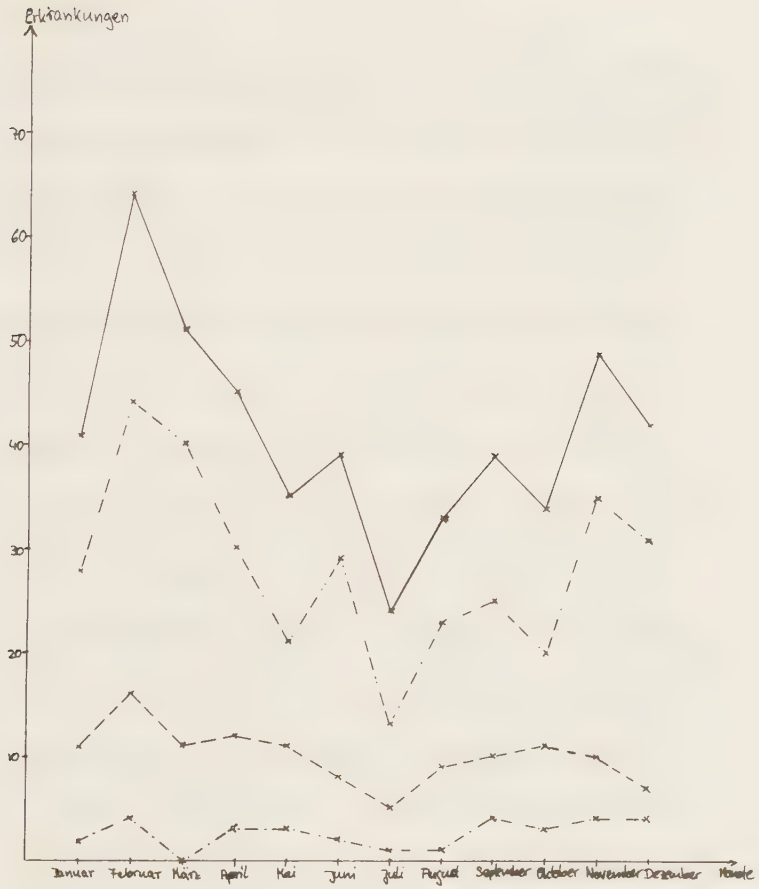
Tabelle 28

Aufteilung der 64 von 82 Ärzten der Altersgruppe 29–38 Jahre nach 5 Fachabteilungen. Angaben pro Arzt.

Zahl der Ärzte	Krankmeldungen pro Jahr/Arzt	Fehltage pro Jahr/Arzt	Tage pro Krankmeldung	Fachabteilungen
42	0,45	6,0	14,9	Innere Abteilung
22	0,54	2,7	4,9	chir.-urol. Abteilung
9	1,00	7,0	7,0	Anästh. Abteilung
23	0,09	1,35	15,5	gynäkol. Abteilung

Tabelle 29

96 der 174 für den Zeitraum vom 1.10.1967–30.9.1968 verfolgten Ärzte. Die Krankmeldungen sind vollständig berücksichtigt, auch wenn sie den 30.9.1968 überschritten. Der Beginn der Krankmeldung muß im obenangegebenen Zeitraum liegen.


Erkrankungen
70
60
50
40
30
20
10
Januar
Februar
März
April
Mai
Juni
Juli
August
September
Oktober
November
Dezember
Monate
Gesamtzahl
Neukölln
Tiergarten
Tempelhof

Kurve 4

Jahr) besonders die geringe Krankmeldefrequenz der gynäkologisch tätigen Ärzte auf, bei etwa gleicher Dauer pro Krankmeldung wie bei den internistisch tätigen Ärzten. Entsprechend wenige Fehltage weisen die gynäkologischen Abteilungen in Tabelle 29 auf (Durchschnittsalter 1968 38 Jahre).

Auch hier dicht beieinander liegende Krankmeldehäufigkeit bei den Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie/Urologie bei deutlichem Übergewicht der Zahl der Fehltage pro Jahr und Arzt bei den Internisten. Die Zahl der Fehltage pro Jahr ist auch in Tabelle 29 bei den Ärzten der inneren Abteilung mehr als doppelt so hoch wie bei den chirurgisch/urologisch tätigen. Bei diesen ist die Dauer pro Krankmeldung die niedrigste der vier verglichenen Abteilungen in Tabelle 29, sie macht nur ein Drittel der Zeit aus, die die Krankmeldungen durchschnittlich bei den internistisch tätigen Ärzten dauern. In beiden Abteilungen ist das Durchschnittsalter der Ärzte 1968 mit knapp 40 Jahren praktisch gleich.

10.2. Zeitliche Verteilung der Krankmeldungen

In der jahreszeitlichen Verteilung ergibt sich für alle 188 Ärzte der Untersuchung ein absoluter Gipfel im Februar, ein gleichmäßiger Abfall bis Mai, der absolute Tiefpunkt liegt im Juli. Danach kommt es zu einem erneuten Anstieg bis November entsprechend der Kurve 4.

H. Sopp (1958) weist auf die Möglichkeit einer Beeinflussung des Krankenstandes durch äußere Faktoren hin, indem er den prozentualen Anteil der "Krankentage" über

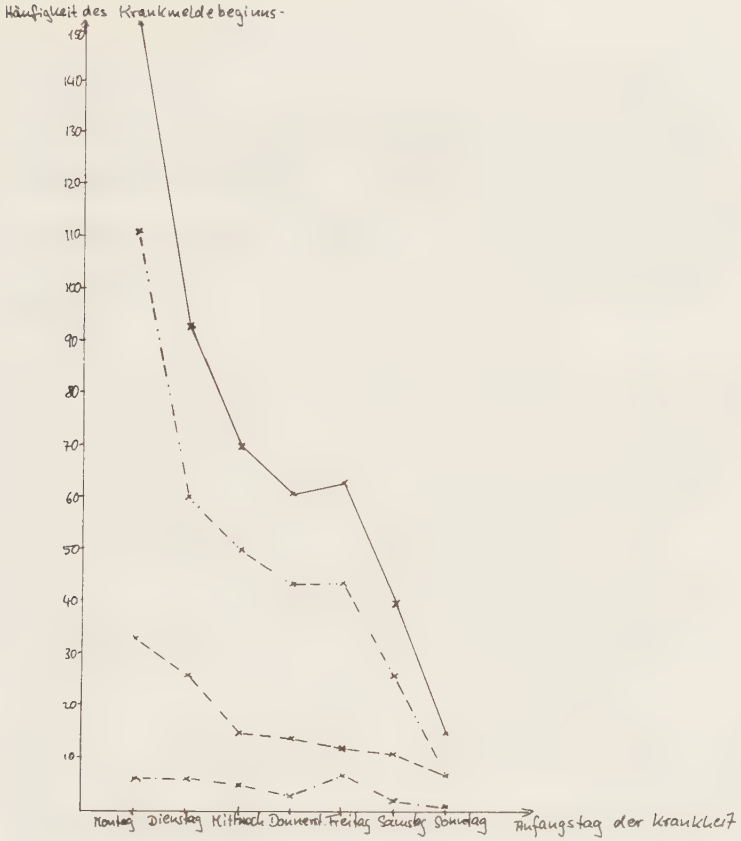
die Monate Oktober bis März der in einem Arbeitsverhältnis bei der Deutschen Bundespost Stehenden mit dem der "Erwerbspersonen" der Gesamtbevölkerung vergleicht. Er stellt dabei einen gegensätzlichen Verlauf der Krankenstände bzw. eine"Phasenverschiebung im Krankheitsmaximum" fest. Während der Gipfel der Grippeerkrankungen bei der Gesamtbevölkerung im Dezember liegt, liegt in dieser Zeit besonderer Arbeitsbelastung bei der Post bei den Postlern das Erkrankungsminimum. Die Erkrankungskurve steigt bei ihnen in den folgenden Monaten an, um im Februar ihren Gipfel zu erreichen, während die Erkrankungskurve der Gesamtbevölkerung in dieser Zeit zu einem Erkrankungsminimum im Februar abfällt. "Das Erkrankungsmaximum in der Gesamtbevölkerung und das Erkrankungsminimum einer bestimmten soziologischen Auswahl fallen zeitlich zusammen". Über die Zusammensetzung der Berufe, den sozialen Status, die Altersstruktur etc. der verglichenen Erwerbspersonen oder die Methode ihrer Erfassung ist nichts angegeben.

Die geringsten Fehlzeiten fanden L. Norman et al. (1956) im Juli und August, die meisten im November und Dezember. In einer über 10 Jahre laufenden Daueruntersuchung fand W.M. Gafafer (1943) eine Fehlzeitenhäufung im ersten Jahresquartal und die wenigsten Fehlzeiten im dritten Quartal. Auch Stirn (1963) fand den höchsten Krankenstand im ersten Quartal. Den Krankenstand in den Jahren 1964 und 1965 bei 12 Mio. Pflichtversicherten untersuchte H. Neubert (1966) auf die jahreszeitliche Verteilung. Er fand, daß der Krankenstand im Februar, März und November am höchsten ist,

im September und Januar etwa dieselbe Höhe hat und im Juni am niedrigsten ist. Diese Angaben stimmen mit Kurve 4 der vorliegenden Arbeit recht gut überein, der Tiefpunkt dürfte dort wie hier durch den Urlaub wesentlich mitbestimmt sein.

Bei der Verteilung über die Woche dominiert für den Krankmeldebeginn eindeutig der Montag. In der graphischen Darstellung (Kurve 5) wird die über die folgenden Tage abfallende Kurve durch einen leichten Anstieg am Freitag unterbrochen.

Für das Krankmeldeende dominiert eindeutig der Sonntag, zwischen Montag und Sonnabend ergeben sich in der graphischen Darstellung (Kurve 6) für die übrigen Wochentage zwei annnähernd gleich ansteigende Linien, die sich in einem zweiten, wesentlich niedrigeren Gipfel am Mittwoch treffen.



Kurve 5

gesamtzahl
Neukölln
Tiergarten
Tempelhof

Den hohen Krankenstand am Montag, den "Blue Monday Index" interpretiert H. Behrend (1951) als Zeichen fehlender Verantwortungsbindung zum Arbeitsplatz, während Gordon et al. (1959) darin ein mögliches Zeichen für ausgeprägtes Pflichtgefühl sehen, da sich hierin der Versuch äußern kann, eine Krankheit ohne Krankmeldung über das Wochenende auszukurieren.

Auch Baldamus (1975) stellt fest, daß sich aus verschiedenen früheren Studien ergab, "daß bei Überbeschäftigung die Totalziffern der täglichen Fehlzeiten am Montag am höchsten sind und dann von Tag zu Tag sinken, bis sie am Freitag oder Samstag den niedrigsten Stand erreichen; beachtenswert ist ferner, daß der Neigungswinkel dieser Kurve umso steiler ist, je höher der Grad der Vollbeschäftigung ist". Die theoretische Erklärung dieses Phänomens sei jedoch "kompliziert und umstritten".

Obwohl in der vorliegenden Arbeit nur Krankmeldebeginn und - ende dargestellt werden, scheint mit hohem Beginn am Montag und einem rel. niedrigen Krankmeldeende am Samstag auch bei den hier untersuchten Ärzten bestätigt zu werden, was u.a. Blum (1949), Wyatt, S. und R. Mariot (1953) sowie R. Amthauer (1963) schon fanden, daß nämlich zu Beginn und zum Ende der Woche die Fehlzeiten am höchsten sind. Dazu kommt bei den hier untersuchten Ärzten ein Gipfel für die Beendigung der Fehlzeiten am Mittwoch, der wohl als Ausdruck der dreitägigen Kurzkrankmeldungen angesehen werden kann.

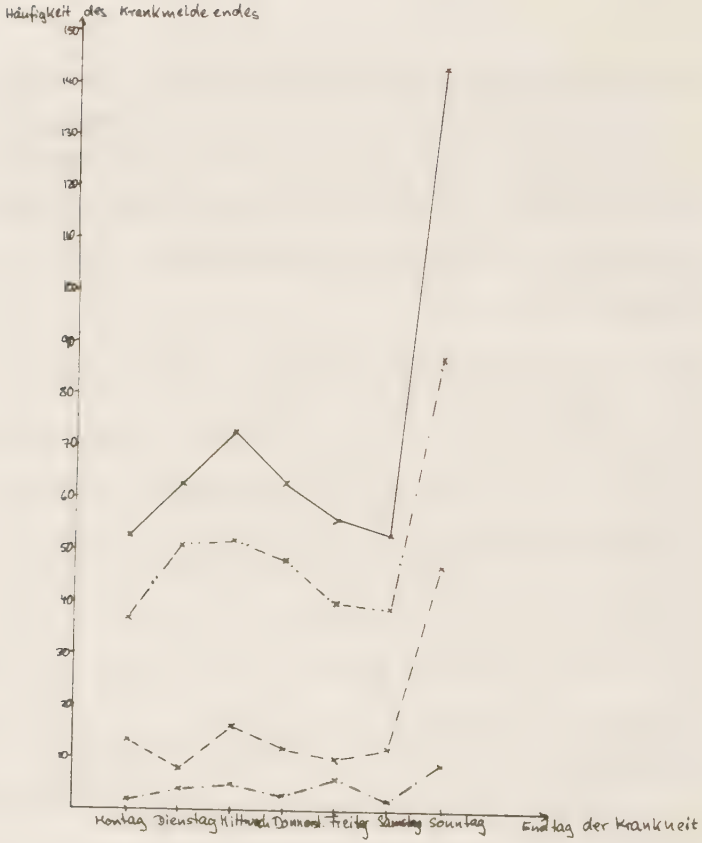
11. Drückt sich besondere Berufsinteressiertheit mit unter anderem dem Erfolg der Chefarztposition in einer besonders kurzen Interruptiozeit Abitur-Medizinstudiumbeginn, besonders kurzer Studiendauer und niedrigem Abituralter, insgesamt als Ausdruck besonderer beruflicher Zielstrebigkeit, aus?

Von den insgesamt 188 Ärzten dieser Untersuchung sind die hier benötigten Angaben bei 6 Ärzten unzureichend. Die 28 Chefärzte sollen den übrigen 154 Ärzten gegenübergestellt werden, die nach Interruptiozeit entsprechend Tabelle 11 in vier Gruppen aufgeteilt sind:

Gruppe a	0 - 0,5 Jahre	=	99 Ärzte
Gruppe b	1 Jahr	=	22 "
Gruppe c	1,5- 2,5 Jahre	=	15 "
Gruppe d	3 u.mehr "	=	18 "

Chefärzte: Durchschnittsalter (1966) 52 Jahre, Abituralter 19,2 Jahre, Studiendauer 6,05 Jahre, Interruptiozeit 0,93 Jahre.

Damit würde also die Gruppe der Chefärzte der Gruppe b zuzuordnen sein und die kurze Interruptiozeit als herausragendes Kriterium für die arrivierte Position entfallen. Aber im Gegensatz zur Gruppe b, in der alle Ärzte durch dieselbe Interruptiozeit charakterisiert sind, kommt die Interruptiozeit bei den Chefärzten als Mittel der zwischen 0,5 und 9 Jahren schwankenden Interruptiozeiten von 12 = 42,8%der Chefärzte zustande, die übrigen 16 beginnen ohne Unterbrechung nach Schulabschluß das Medizinstudium.



Kurve 6

——— Gesamtzahl
— — .. — Neukölln
— — — — Tiergarten
— . — . — Tempelhof

	Abiturjahrgänge			
	vor 1936	1936–45	nach 1945	davon 1954 und später
Chefärzte (28 Ä.)	17 = 60,7 %	10 = 35,7 %	1	Ø
Gruppe b (22 Ä.)	Ø	8 = 36,4 %	14 = 63,6 %	7 = 50 %
Gruppe a (99 Ä.)	11 = 11,1 %	11 = 11,1 %	77 = 77,8 %	62 = 80,5 %
Gruppe c (15 Ä.)	3 = 20 %	1	11 = 73,3 %	4 = 36,4 %
Gruppe d (18 Ä.)	1	7 = 38,9 %	10 = 55,5 %	1

Tabelle 30

Interruptiogründe bei den Chefärzten: 50% unbekannt, 25% mittelbare und unmittelbare Kriegseinflüsse (Arbeitsdienst, Wehpflicht, Gefangenschaft), 25% anderes Erststudium.
Interruptiogründe bei Gruppe b: 9mal = 40,9% unbekannt, 6mal = 27,3% Kriegseinflüsse, 4mal = 18,2% anderes Erststudium, 1mal Bundeswehrpflicht, 1mal nicht zum Studium zugelassen, 1mal Ausländer.

Unter den unbekannten Interruptiogründen ist bei den Chefärzten aufgrund der Abiturjahrgänge (1937-1940) Wehrpflicht bzw. Arbeitsdienst als Grund naheliegend, Kriegsereignisse entsprechend der obigen Definition wären dann zu 66,7% an den Interruptiogründen beteiligt, während es in der Gruppe b unter derselben Voraussetzung nur 36,4% wären.
Bei fast gleichem Anteil der Abiturjahrgänge von 35,7% (Chefarztgruppe) bzw. 36,4%(Gruppeb) in Tabelle 30 für die Jahre 1936-45 verteilen sich die übrigen Abiturjahrgänge der Chefärzte altersentsprechend ausschließlich auf die Zeit vor 1936, die der Gruppe b ausschließlich auf die Zeit nach 1945.
Das Durchschnittsalter der Ärzte der Gruppe b beträgt 1966 37,5 Jahre. In der nach der durchschnittlichen Interruptiozeit am ehesten der Chefarztgruppe vergleichbaren Gruppe b sind gegenüber den Gruppen a,c und d die Oberärzte über-und die Assistenzärzte unterrepräsentiert. Zusammensetzung der Gruppen a - d:

Gruppe b (22 Ärzte):

9	Oberärzte	= 41%
11	Assistenzärzte	= 50%
2	Gesundheitsamtärzte	= 9%

Gruppe a (99 Ärzte):

19	Oberärzte	= 19%
68	Assistenzärzte	= 69%
12	Gesundheitsamtärzte	= 12%

Gruppe c (15 Ärzte):

2	Oberärzte	= 13%
10	Assistenzärzte	= 67%
3	Gesundheitsamtärzte	= 20%

Gruppe d (18 Ärzte):

3	Oberärzte	= 17%
13	Assistenzärzte	= 72%
2	Gesundheitsamtärzte	= 11%

Der Umstand, daß 16 der 28 Chefärzte (57%) ohne Unterbrechung nach dem Abitur das Medizinstudium aufnahmen und der prozentuale Anteil der Oberärzte in den beiden Gruppen mit einer Interruptiozeit von 0-1 Jahr (Gruppe a und b zusammen) doppelt so hoch ist wie in den Gruppen c und d zusammen (mit Interruptiozeiten von 1,5 und mehr Jahren), könnte auf eine Bedeutung der Interruptiozeit als Parameter besonderen Berufsengagements hinweisen. Andererseits wird diese Bedeutung wieder durch das unterschiedliche Durchschnittsalter der Gruppen und die damit verbundenen unterschiedlichen äußeren Umstände in Frage gestellt. Das Durchschnittsalter der Ärzte der Gruppe a liegt 1966 bei 35,5 Jahren, es steigt zur Gruppe d auf 41 Jahre an. Die Gruppe

d hat auch den größten prozentualen Anteil von Abiturjahrgängen in den Jahren 1936-45 in Tabelle 30 und bei den Interruptiogründen mit 28% bzw. eventuell 39% (s. oben) nach der Chefarztgruppe die stärkste Beeinflussung im Zusammenhang mit dem II. Weltkrieg zu verzeichnen. Allerdings stehen in den beiden Gruppen mit der längsten Interruptiozeit ein anderer Beruf bzw. ein anderes Erststudium wie in Tabelle 11 im Vordergrund: 47% in Gruppe c und 72% in Gruppe d.
In allen 5 Gruppen erschweren unbekannte Interruptiogründe in bei Berücksichtigung der kleinen Zahlen nicht unwesentlichem Umfang die Zuordnung und damit die Interpretation. Die Beurteilung der Bedeutung der Interruptiozeit Abitur-Medizinstudiumbeginn scheint also zumindest im hier untersuchten Ärztekollektiv durch zeitbedingte äußere Ereignisse direkt und indirekt zu stark beeinflußt zu sein, um als Parameter in der oben angegebenen Funktion verwertbar zu sein.

11.1. Abituralter

Mit zwischen 18,9 und 19,9 Jahren liegt das Abituralter der Ärzte in den fünf Gruppen entsprechend hoch wie das der Ärzte in Tabelle 11. Da ein bereits bestehendes 13. Schuljahr durch das 1934 gebildete Reichserziehungsministerium, welches das Schulwesen im Rahmen der Zentralisierung des Staatsapparates aus der Länderhoheit herauslöste, gestrichen wurde, und Anfang der 50er Jahre (in Berlin 1952) nacheinander in den Ländern und Stadtstaaten der BRD wieder einge-

führt wurde (Heckel, H.) und zudem Übersiedler aus der DDR unter gewissen Umständen (z.B. schon in der DDR begonnenes Studium) das 13. Schuljahr nach Übersiedlung bzw. Flucht aus der DDR nicht nachträglich zu absolvieren bzw. ein "Westabitur" abzulegen brauchten, ist das Abituralter der verglichenen Gruppen nicht in eine verwertbare innere Beziehung zu ihnen zu setzen.

11.2. Studienzeit

Tabelle 31	Studiendauer	Semesterzahl lt. Studienordnung
Chefarzt-Gruppe (28 Ärzte)	6,05 Jahre	14x10 Sem.; 14x11 Sem.
Gruppe b (22 Ärzte)	6,4 Jahre	13x10 Sem.; 9x11 Sem.
Gruppe a (99 Ärzte)	6,7 Jahre	21x10 Sem.; 78x11 Sem.
Gruppe c (15 Ärzte)	6,3 Jahre	6x10 Sem.; 9x11 Sem.
Gruppe d (18 Ärzte)	7,75 Jahre	10x10 Sem.; 8x11 Sem.

Die eindeutig kürzeste Studiendauer weist mit durchschnittlich 6,05 Jahren pro Arzt (einschließlich der Staatsexamensprüfung) die mit 52 Jahren (1966) älteste Gruppe, die Gruppe der Chefärzte, auf. Je 50% dieser Gruppe studieren unter einer Bestallungsordnung, die 10 bzw. 11 Semester Studienzeit zur Meldung zur ärztlichen Prüfung vorschreibt. Bei der nächstältesten Gruppe d studieren 55,5% unter einer Bestallungsordnung die 10 Semester, 44,4% unter einer Bestallungsordnung,

die 11 Semester vorschreibt, aber die durchschnittliche Studiendauer ist mit 7,75 Jahren die höchste der fünf Gruppen (s. Tabelle 31). In der Gruppe b ist das Verhältnis 59% : 41%, die Gruppe scheint also eine noch etwas bessere Möglichkeit für eine kürzere Studienzeit gehabt zu haben, liegt aber mit einer durchschnittlichen Studiendauer von 6,4 Jahren ein Semester über der der Chefarztgruppe. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß alle Ärzte der Gruppe b, die unter einer 10 Semester vorschreibenden Bestallungsordnung studierten, mit ihrem Studium weiter in die Nachkriegsjahre hineinreichen (s. Verteilung der Abiturjahrgänge in Tabelle 30), die mit einer mindestens so großen Stoffülle und größerer Fächerzahl im Staatsexamen konfrontierten.

Dabei hatte schon die Reduzierung der Semesterzahl laut Bestallungsordnung vom 17.7.1939 zu Kompromissen bzw. Nichtbefolgung der vorgeschriebenen Studiendurchführung geführt (Bestallungsordnung für Ärzte, 9. Auflage 1966), und der akute Ärztebedarf des Krieges entfiel in der Nachkriegszeit.

Dieser Gesamtheit der unter einer 10 Semester vorschreibenden Bestallungsordnung studierenden Ärzte der Gruppe b stehen 57% der unter entsprechender Bestallungsordnung ebenfalls in den Nachkriegsjahren Studierende der Chefarztgruppe gegenüber, bei denen insgesamt dieser Umstand allerdings durch eine weniger weit in die jüngere Zeit hineinreichende Studienzeit gemildert wird.

Die Wiedereinführung des 11-semestrigen Medizinstudiums fand

durch die Bestallungsordnung vom 15.9.1953 statt, die am 1.4.1954 in Kraft trat. Sechs Chefärzte = 21,4% haben unter der 10 Semester vorsehenden Bestallungsordnung vom 28.5.1901 studiert.

Bei 14 Ärzten = 50% der Chefarztgruppe fällt für die Zeit des zwischen 1925 und 1938 liegenden Studienbeginns auf, daß die in den Personalunterlagen angegebenen Studienzeiten einschließlich der Zeit für das Staatsexamen knapp der bei der Meldung zur ärztlichen Prüfung nachzuweisenden Studienzeit oder weniger entspricht, ohne daß Teile eines anderen Studiums anerkannt wurden, wie das zweimal in der Gruppe d der Fall ist. Eine Klärung im Einzelnen war nicht möglich. Entsprechendes kommt in der Gruppe c bei 5 Ärzten = 33,3% vor (3 x 1937, 1 x 1954, 1 x 1959 Studienbeginn), Bei Gruppe a bei 9 Ärzten = 9,1% (Studienbeginn 4x zwischen 1930 und 1940, 4x zwischen 1956 und 1960, 1x 1948), bei Gruppe b 2x = 9,1% (Studienbeginn 1940).

Somit kann die Studiendauer ebenfalls nicht als Parameter besonderen Berufsinteresses bzw. besonderer Berufszielstrebigkeit mit dem Ergebnis arrivierter Positionen herangezogen werden, zumindestens nicht für das hier untersuchte Ärztekollektiv mit seinen weitgehend unterschiedlichen zeitbedingten äußeren Studienbedingungen. Diese wirken sich, soweit erkennbar, sowohl für die Interruptiozeit (Kriegsgründe wohl mehr als angegeben), als auch für die Studienzeit besonders in Gruppe d aus, deren besonders lange Studiendauer durch Unterbrechungen durch Krieg und Gefangen-

schaft zustande kommt. Ein ganz anderer Teil der Gruppe d mit im übrigen unauffälliger Studiendauer ist maßgebend für eine durch Beruf oder anderes Erststudium bedingte lange Interruptiozeit. Es ist hier nicht zu entscheiden, ob sich bei diesen Ärzten eine geringere Zielstrebigkeit bezüglich des ärztlichen Berufes, äußere Notwendigkeit oder vielseitige Interessiertheit hierin ausdrücken.

11.3. Heiratsalter

Das Heiratsalter beträgt bei der

Chefarztgruppe:	30,9 Jahre
Gruppe b:	28,6 "
Gruppe a:	28,8 "
Gruppe c:	28,4 "
Gruppe d:	32,4 ".

Es besteht also keine Beziehung zur Interruptiozeit und ebenfalls keine zum Anteil arrivierter (Oberarzt-) Positionen in den Gruppen. Das Heiratsalter der Oberärzte liegt nur in Gruppe a mit 33,2 Jahren deutlich über dem Gruppendurchschnitt. Für Gruppe c und d ist wegen der geringen Zahl von 2 bzw. 3 Oberärzten eine Beurteilung nicht möglich. Wieweit das vergleichsweise relativ hohe Heiratsalter der Chefärzte in einem Zusammenhang zur Zuwendung zum Beruf steht, war nicht weiter abzuklären. Mit einem Durchschnittsalter im Jahre 1966 von 52 Jahren bei den Chefärzten und 41 Jahren bei Gruppe d haben die beiden ältesten Gruppen mit 30,9 bzw. 32,4 Jahren das höchste Heiratsalter, während die drei anderen Gruppen bei

einem Durchschnittsalter von zwischen 35,5 und 37,4 Jahren im Vergleichsjahr auch im Heiratsalter mit zwischen 28,4 und 28,8 Jahren dicht beieinander liegen.

11.4. Interruptiozeit - jährliche Krankmeldezeit

Die Krankmeldezeit pro Arzt und Jahr beträgt innerhalb der Jahre 1961 - 1968/69 bei der Chefarztgruppe bei durchschnittlich 8,2 erfaßten Berufsjahren in dieser Zeit pro Arzt 5 Tage. Bei der dieser Gruppe altersmäßig am nächsten kommenden Gruppe d (längste Interruptiozeit) beträgt sie 7,6 Tage bei durchschnittlich 6,6 erfaßten Berufsjahren im selben Zeitraum. Die 8 Chefärzte, die eine Interruptiozeit von 1 -9 Jahren aufweisen, haben jedoch eine jährliche Krankmeldezeit von nur 4,3 Tagen bei einer erfaßten durchschnittlichen Berufszeit von 7,9 Jahren und einem Durchschnittsalter (1966) von 48,4 Jahren. Dies scheint doch auf die in Tabelle 14 schon dargestellte Beziehungslosigkeit von (nicht näher differenzierter) Interruptiozeit und Krankmeldezeit hinzuweisen.
Wegen der schon unter 10. dargestellten Beziehung von Lebensalter und Krankmeldezeit soll hier auf einen entsprechenden Vergleich verzichtet werden.

11.5. Väterliche Berufe

Bei den väterlichen Berufen sind die Akademiker bei der (ältesten) Chefarztgruppe mit 64,3% am stärksten, bei der (zweitältesten) Gruppe d mit 44,4% am geringsten vertreten. Die Gruppen a,b,c liegen mit 46,7 - 52,5% dicht beieinander

dazwischen.

Zusammen mit der Gruppe der nicht akademischen Angestellten oder Beamten bilden die Väter mit akademischen Berufen in der

Chefarztgruppe	85,7%
Gruppe b	68,2%
Gruppe a	80,8%
Gruppe c	80,0%
Gruppe d	88,8%

Eine weitere Aufteilung der väterlichen Berufe weist dieselben Unsicherheiten wie in Tabelle 11 auf.
Einen erhöhten Krankenstand bei Arbeitern und Angestellten, die ihre Kindheit als unglücklich empfanden, fand P.J. Taylor (1968). Weil keine Befragungen vorgenommen wurden, konnte in dieser Arbeit dieser Fragestellung nicht nachgegangen werden.

12. Beziehung von Zahl und Dauer der Stellungen zu Krankmeldehäufigkeit und -dauer.

H. Sopp (1958):"Der Gesundheitszustand ist eine Funktion der Werkzugehörigkeit" und Sopp(1966):"Hohe Fluktuation und hoher Krankenstand gehören zusammen". Gleichzeitig mit der Bestätigung dieser Feststellung stellen jedoch Spiegelhalter und Schnabel (1962b) fest, daß die einzelne Krankheitsdauer bei Betriebszugehörigkeit von mehr als 12 Monaten länger ist, als bei einer von 6 - 12 Monaten.

Wieweit sich auch Überstunden mit einer Erhöhung des Krankenstandes (Stirn 1966) bei der hier untersuchten Berufsgruppe verbinden, konnte nicht untersucht werden.

Eine geringe Fluktuation wird im allgemeinen, ausreichend verfügbare Arbeitsplätze vorausgesetzt, ein Zeichen für Zufriedenheit am Arbeitsplatz sein, das allerdings mit Zunahme der persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb eines Berufsbildes an Bedeutung verlieren wird.

Mann, F. und H. Baumgartel (1952) sehen eine Korrelation zwischen Zufriedenheit am Arbeitsplatz und niedrigem Krankenstand und zwar gleichermaßen für Arbeiter und Angestellte. Die gleiche Relation von Zufriedenheit am Arbeitsplatz und Fehlzeit fanden auch Lowell, Gerson, Skipper (1973) und Blohmke, Depner, Frederking und Stelzer (1970).

In diesem Zusammenhang soll das"Betriebsklima" nur erwähnt werden, ein Begriff, um dessen Fassung u. Wertung sich viele Autoren wiederholt bemüht haben.

184 Ärzte der Untersuchung sind nach Dauer pro Stellung in drei Gruppen aufgeteilt:

Gruppe I	Stellungsdauer 1 - 3 J.	(92 Ärzte)
Gruppe II	" 3 - 9 J.	(72 Ärzte)
Gruppe III	" mehr als 9 J.	(20 Ärzte)

Der Begriff "Stellung" beinhaltet entsprechend der oben gegebenen Definition auch verschiedene Positionen an einem Arbeitsplatz bzw. die Tätigkeit an einer oder

durchschn. Stellungsdauer in Jahren	Zahl der Stellungen pro Arzt	Tage pro Krankmeldung (1)	Krankmeldungen 1961-68/69 pro Arzt/Jahr	Fehltage 1961-68/69 pro Arzt u. Jahr	Durchschnittsalter 1968	erfaßte Berufsjahre	
1,9	3,22	6,03	0,25	2,81	34,8	6,4	Gruppe I (92 Ärzte)
							Assistenzärzte 74 = 80,4% Oberärzte 12 = 13,0% Chefärzte 3 = 3,3% Ges.-amtärzte 3 = 3,3%
5,22	3,9	17,08	0,5	6,8	46,6	18,8	Gruppe II (72 Ärzte)
							Assistenzärzte 26 = 36,1% Oberärzte 14 = 19,4% Chefärzte 19 = 26,4% Ges.-amtärzte 13 = 18,0%
15,34	1,4	22,86	0,4	7,05	48,7	21,5	Gruppe III (20 Ärzte)
							Assistenzärzte 4 = 20% Oberärzte 7 = 35% Chefärzte 6 = 30% Ges.-amtärzte 3 = 15%

(1) = bei 6 Ärzten unbekannt

Tabelle 32

verschiedenen Stellen derselben Behörde.

Für die Zeit von 1961 - 1968/69 nehmen die Fehltage pro Arzt und Jahr von Gruppe I nach Gruppe III zu:

Gruppe I	2,81 Tage
Gruppe II	6,8 "
Gruppe III	7,05 "

ebenso die Tage pro Krankmeldung:

Gruppe I	6,03 Tage
Gruppe II	17,08 "
Gruppe III	22,86 " (s. Tabelle 32).

Bei der Krankmeldehäufigkeit pro Arzt und Jahr für die oben genannte Zeit hebt sich nur die Gruppe mit der kürzesten Stellungsdauer mit 0,25x ab, die gleichzeitig die jüngste Gruppe mit den wenigsten Berufsjahren ist (s. Tabelle 32), während die Gruppe II mit 0,5x nahe bei der mit 0,4x etwas niedriger liegenden Gruppe III ist.

Entsprechend Tabelle 32 ist in Gruppe III die Zahl der Stellungen mit 1,4 pro Arzt deutlich am niedrigsten, sie ist gleichzeitig die arrivierteste Gruppe :zu 65% setzt sie sich aus Chef- und Oberärzten zusammen, welche in Gruppe I 16,3%, in Gruppe II 45,8% ausmachen.

Die Beteiligung arrivierter Positionen in den drei Gruppen stellt sich auch in der durchschnittlichen Stellungsdauer in Tabelle 32 dar. Hier hebt sich besonders die Gruppe III durch eine lange Stellungsdauer von den beiden anderen Gruppen ab.

Daß die Zahl der Stellungen in Gruppe I nicht entsprechend der kürzesten Stellungsdauer die größte ist, erklärt sich

auch durch das erheblich niedrigere Durchschnittsalter bzw. die entsprechend geringe Zahl von Berufsjahren der Ärzte dieser Gruppe, was beim Vergleich mit den beiden anderen untereinander etwa gleichaltrigen Gruppen einschränkend berücksichtigt werden muß. Ebenfalls als Ergebnis des niedrigen Durchschnittsalters und der relativ geringen Zahl von Berufsjahren ist es wohl zu werten, daß 52 = 56,5% der Ärzte der Gruppe I innerhalb des hier untersuchten Zeitraumes keine Krankmeldung aufweisen, während die der GruppenII und III sich mit 17 = 23,6% bzw. 5 = 25,0% gemäß ihrer Altersbeziehung zueinander entsprechen.

Trotz der deutlich unterschiedlichen Stellungszahl und -dauer der Ärzte der Gruppen II und III besteht für den beobachteten Zeitraum für die durchschnittliche Krankmeldehäufigkeit und die Zahl der Fehltage pro Jahr bei beiden Gruppen nur ein geringer Unterschied.

Dagegen besteht eine deutlich verlängerte Dauer pro Krankmeldung bei Gruppe III gegenüber der Gruppe II. Noch erheblicher ist hier der Unterschied zur Gruppe I (s. Tabelle 32).

In der Zeit von 1961 - 1968/69 haben in:

Gruppe I	40 Ärzte	99 Krankmeldungen,
Gruppe II	55 "	252 " ,
Gruppe III	15 "	69 " .

Bei kaum einem in diesem Zeitraum mehrfach krankmeldenden Arzt konnt es nur zu einem Typ der Krankmeldedauer.

In allen drei Gruppen machen die Krankmeldungen von 1-7 Tagen Dauer mehr als 50% der gesamten Krankmeldungen aus,

Krankmelde-dauer in Tagen	Stellungsdauer		
	1-3 Jahre	>3-9 Jahre	> 9 Jahre
1 - 3	42x = 42,4 % (63,6 %)	105x = 41,7 % (63,5 %)	23x = 33,3 % (50,7 %)
4 - 7	21x = 21,2 %	55x = 21,8 %	12x = 17,4 %
8 - 14	15x = 15,1 %	26x = 10,3 %	7x = 10,1 %
15 - 21	4x = 4,0 %	15x = 5,9 %	10x = 14,5 %
22 - 28	8x = 8,1 %	15x = 5,9 %	3x = 4,3 %
29 - 42	3x = 3,0 %	13x = 5,1 %	6x = 8,7 %
> 42	6x = 6,1 %	23x = 9,1 %	8x = 11,6 %
Gesamtkrank-meldungen	99	252	69

Prozentuale Aufteilung der Krankmeldungen in den 3 Gruppen nach Dauer der Fehlzeit pro Krankmeldung.

Tabelle 33

bei der Gruppe III allerdings 13% weniger als bei der im Durchschnittsalter nur 2 Jahre jüngeren Gruppe II, die wiederum denselben prozentualen Anteil an Krankmeldungen dieser Dauer wie die durchschnittlich fast 12 Jahre jüngere Gruppe I hat (s. Tabelle 33).
In allen drei Gruppen überwiegen mit zwischen 33,3% und 42,4% der Gesamtkrankmeldungen die Kurzkrankmeldungen von 1-3 Tagen deutlich gegenüber den längerdauernden. Diesem Ergebnis angenähert stellt Sopp (1958) in einem Behördenbetrieb einer süddeutschen Großstadt fest, daß bei den erfaßten 9514 Männern 32,6% der Krankheitsfälle 1-3 Tage dauerten. Bei den Ledigen ohne Unterhaltsverpflichtungen machten diese Kurzkrankmeldungen 30,0% der Gesamtkrankmeldungen aus, bei den Ledigen mit Unterhaltsverpflichtungen 48,8%.
Im Gegensatz dazu steht eine"Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland 1972" (Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg), in der in einer Repräsentativerhebung mit einem Auswahlsatz von 10 v.H. nur Pflichtmitglieder erfaßt sind. Beteiligt waren 5 819 874 Männer. Die 1-3 Tage dauernden Arbeitsunfähigkeiten machen hier nur 7,44% der Arbeitsunfähigkeitsfälle aus, die 1-7 Tage dauernden 31,64% und die 1-14 Tage dauernden 67,81%.
Daraus ist sicher nicht einfach der Schluß ableitbar, daß etwa Arbeiter oder Bezieher niedriger Einkommen länger krank sind, oder umgekehrt, daß Angestellte leichtfertiger kurzzeitig fehlen. Da in der Statistik der Ortskranken-

kassen weitere Hinweise z.B. auf Art und Form beruflicher Belastung und hier wie bei Sopp Hinweise auf das Lebensalter der Erfaßten fehlen, kann über das Zustandekommen der unterschiedlichen Ergebnisse nichts ausgesagt werden.

Wieweit bei den 1-3 tägigen Krankheitsfällen Sopp (1958) in der Auffassung zu folgen ist, daß es sich hier um "Unpäßlichkeiten" handele ("Bett besser als Arbeitsplatz"), die psychisch induziert seien, ist eine weiterhin umstrittene Frage.

Tage pro Krankmeldung	Gruppe I 40 krankmeldende Ärzte		Gruppe II 55 krankmeldende Ärzte		Gruppe III 15 krankmeldende Ärzte	
1-3	23 = 57,5%	92,5 %	39 = 70,9%	123,6 %	12 - 80,0%	133,3 %
4-7	14 - 35,0%		29 = 52,7%		8 = 53,3 %	
8-14	14 - 35,0%		22 = 40,0 %		4 = 26,7 %	
15-21	3 = 7,5%		13 - 23,6 %		5 = 33,3%	
22-28	8 = 20,0%		13 = 23,6 %		3 = 20,0 %	
29-42	3 = 7,5%		9 = 16,4%		2 = 26,7%	
> 42	5 - 12,5%		19 = 34,5%		7 = 46,7%	

Aufteilung der Krankmeldenden Ärzte der Gruppen I-III nach Dauer der Krankmeldungen innerhalb der Jahre 1961 - 1968/69.

Tabelle 34

Für die Krankmeldedauer von 8-14 Tagen überwiegt der prozentuale Anteil der Ärzte in der jüngsten Gruppe den derjenigen in den beiden anderen, wo diese Krankmeldedauer jeweils prozentual gleichstark vertreten ist, was bei den länger dauernden Krankmeldungen nicht mehr der Fall ist, wo die Differenz der Gruppe II zu Gruppe III größer oder ähnlich groß wie zur wesentlich jüngeren Gruppe I ist.

Für die Krankmeldedauer von 8-28 Tagen pro Krankmeldung ergibt sich eine wechselnde Reihenfolge bei der prozentualen Beteiligung der Ärzte zwischen den Gruppen I-III. Erst bei Fehlzeiten von mehr als 28 Tagen pro Krankmeldung nimmt der Anteil der beteiligten Ärzte von Gruppe I nach Gruppe III wieder gleichmäßig zu, was wohl nicht als Ausdruck der Stellungsdauer der Ärzte dieser Gruppen, sondern vielmehr als Ausdruck der schon weiter oben gefundenen durchschnittlich längeren Dauer pro Krankmeldung bei zunehmenden Alter zu werten sein dürfte. Einer deutlicheren Differenzierung entsprechend dem Gruppendurchschnittsalter zwischen den drei Gruppen steht auch hier die geringe Zahl entgegen. Bei einer Aufteilung der krankmeldenden Ärzte der Gruppen I-III nach Dauer pro Krankmeldung entsprechend Tabelle 33 ergibt sich, daß mit zunehmender Stellungsdauer die prozentuale Beteiligung der Ärzte nicht nur bei den langen, sondern ebenso bei den Krankmeldungen von 1-7 Tagen zunimmt (s.Tab.34). Bei der Krankmeldedauer zwischen 8 und 28 Tagen bleibt die Reihenfolge jedoch auch bei Berücksichtigung nur der krankmeldenden Ärzte zwischen den drei Gruppen ohne eindeutige Richtung bezüglich der Stellungsdauer, sodaß sich hier die

von H. Stirn (1966) gefundene Beziehung von Fluktuation und Krankenstand nicht bestätigt.

IV. Schlußbemerkung

Während der Arbeit an der vorliegenden Untersuchung wurde dem Verfasser zu seiner Bestürzung immer deutlicher, wie sehr viel vielschichtiger das Problem der Krankmeldung ist, als er das zu Beginn der Arbeit gesehen hatte. Mit dieser Erkenntnis gerieten Qualität und Quantität der die Grundlagen dieser Arbeit bildenden Personalangaben in ein Ungleichgewicht zur Anforderung durch das Thema. Jedoch waren Datengut und Datenumfang fest von außen gegeben und dem Verfasser, der an dieser Stelle nur Empfänger war, war eine nachträgliche Erweiterung und Verdichtung des Ausgangsmaterials nicht möglich. Auch das Thema war fest vorgegeben. So lag der Sinn der vorliegenden Untersuchung in der Ausarbeitung möglichst vieler Informationen, die im zur Verfügung stehenden Datengut vorhanden waren.
Die anfangs für eine statistisch gesicherte Aussage für ausreichend gehaltene Zahl von 180 Ärzten wurde je nach Fragestellung durch unterschiedliche und differenzierende Voraussetzungen bei den einzelnen in mehr zu vergleichende Gruppen aufgeteilt, als vorhergesehen worden war. Andererseits reduzierte sich die Zahl zusätzlich durch fehlende oder nicht ausreichend genaue Angaben im Datengut. Es zeigte sich, daß die zur Verfügung stehenden Daten der Personalabteilungen für ein tieferes Eindringen in die Zusammenhänge um die Krankmeldung keine ausreichenden Informationen darstellen. Viele Informationen zu dieser Arbeit stammen von nicht ausdrücklich zu den Personalun-

terlagen erfragten, sondern zum Beispiel in Form des Lebenslaufes zufällig gemachten Aussagen, bei deren Fehlen einzelne Ärzte für bestimmte Fragestellungen, so zum Beispiel im Zusammenhang mit der Zahl der Geschwister, leider unberücksichtigt bleiben mußten.

Daher wurde schließlich auch der Versuch der statistischen Absicherung aufgegeben. In den anwendbaren statistischen Tests konnten die Signifikanzschranken nicht erreicht werden.

Jedoch hätten auch für den Fall, daß statistisch gesicherte Aussagen möglich gewesen wären, kaum wesentlich befriedigendere Ergebnisse im Sinne einer weiterführenden Beurteilung erwartet werden können, da ihre Deutung weiterhin hätte offen bleiben müssen. Verschiedene Fachgebiete bilden recht unterschiedliche Ausgangspunkte, von denen sie zu zum Teil direkt gegensätzlichen Ergebnissen in der Einschätzung von Bedeutung und Zustandekommen der Fehlzeiten kommen. Eine Synopsis ist noch nicht absehbar.

Geht die Mehrzahl der Autoren wie auch die vorliegende Untersuchung von dem Ansatz aus, über den Krankmeldenden den Ursachen für die Krankmeldung näher zu kommen, interpretiert zum Beispiel H. Stirn (1963) eine Erhöhung des Krankenstandes losgelöst von den Betroffenen und ihrer Arbeitswelt als Ergebnis erweiterter diagnostischer Möglichkeiten, Vermehrung der Ärzte und einer Erhöhung des Gesundheitsbewußtseins bei verstärkter Aufklärung.

Entsprechend unterschiedlich sind Ausgangspunkte und Er-

gebnisse in der internationalen Literatur, wo zusätzlich die nationalen Sozialeinrichtungen zur Nichtvergleichbarkeit der Untersuchung beitragen. Unabhängig von nationalen Grenzen werden Verständnis und Vergleichbarkeit durch unterschiedliche Definitionen gleicher Begriffe erschwert.

Die vorliegende Arbeit möchte dennoch dazu anregen, den durch Krankmeldung bedingten Fehlzeiten auch innerhalb der Berufe, eventuell im Rahmen einer vergleichbare Arbeitsbedingungen bietenden Arbeitsgemeinschaft, wie zum Beispiel einer Behörde, eines Industriebetriebes oder der Gesundheitsversorgung einer Gemeinde, oder unter unterschiedlichen äußeren Bedingungen, die genau zu definieren wären, nachzugehen.

Eine unter solchen Voraussetzungen abgefaßte Arbeit konnte nicht gefunden werden. Es wäre hierzu ein wesentlich größeres Kollektiv nach einem differenzierteren Fragenkatalog auch direkt zu befragen, um subjektive Urteile und Einstellungen sowie auch außerbetriebliche Schwierigkeiten als beeinflussende Faktoren einbeziehen zu können, was in der vorliegenden Arbeit kaum möglich war. Um Einstellung zur Arbeit, Arbeitsmoral und jeweilige Bedeutung von Krankmeldungen zu erfassen, muß gewiß ein umfassendes, wesentlich dichteres psycho-soziales Persönlichkeitsmuster der Untersuchten berücksichtigt werden, als es bei dem vorliegenden Versuch zur Verfügung stand.

V. Zusammenfassung

Krankmeldungen

1. Jeder vierte Arzt meldete sich im ersten Jahr nach Eintritt in den Beruf krank. Eine Beziehung zwischen Krankmeldung und Berufseintritt bzw. Übernahme von Verantwortung im Beruf wird nicht deutlich, obwohl die Erstkrankmeldung im ersten Berufsjahr gegenüber den folgenden Berufsjahren deutlich überwiegt.

2. Zwischen 1945 und 1969 gibt es für die Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte und Gesundheitsamtärzte weder bei den Gesamtdurchschnitten der Fehltage noch denen der Krankmeldungen eine kontinuierliche Auf- oder Abwärtsbewegung bzw. einen Trend.

3. Bei den gynäkologisch tätigen Ärzten kam es relativ spät zur ersten Krankmeldung und insgesamt besonders selten. Wesentlich häufiger meldeten sich dagegen die internistisch tätigen Ärzte krank, die auch besonders lange Fehlzeiten aufwiesen.

4. Es zeichnete sich eine Tendenz dahingehend ab, daß frühe Krankmeldung (im ersten Berufsjahr) gleichzeitig mehr krankmeldebedingte Fehlzeiten und weniger Kongreßbesuche bedeutet.

5. Kein Antagonismus besteht zwischen der Frequenz und der Dauer von Krankmeldungen.

6. Das höchste durchschnittliche Berufseintrittsalter wird bei den Frühkrankmeldenden, das niedrigste bei den Spätkrankmeldenden gefunden.

7. Bei den Krankmeldenden und Krankmeldungen ist eine Beziehung zum Alter der Ärzte nur zwischen der jüngsten und der nächstälteren Gruppe (Übergang vom vierten zum fünften Lebensjahrzehnt) erkennbar. Zu einer geringen Steigerung der Mehrfachkrankmeldungen pro Jahr kommt es mit zunehmendem Lebensalter, das sich jedoch am deutlichsten in der jeweiligen Fehlzeitendauer niederschlägt.

8. Zwischen Krankmeldedauer pro Jahr und der Zeit zwischen Schulabschluß und Aufnahme des Medizinstudiums besteht kein erkennbarer Zusammenhang, jedoch kommt es mit Zunahme der "Interruptiozeit" zu einer Zunahme der Mehrfachkrankmeldungen. Leider konnte den Gründen für die "Interruptiozeit" aufgrund der insgesamt dafür nicht ausreichenden Daten nur sehr unvollkommen nachgegangen werden.
Die Übersiedelung aus der DDR und Ostberlin drückt sich nicht in einer langen "Interruptiozeit" aus.

9. Die Dauer pro Krankmeldung ist bei den aus der DDR und Ostberlin übersiedelten Ärzten besonders gering bei unauffälliger durchschnittlicher Häufigkeit von Krankmeldungen.

10. Ein Einfluß auf Krankmeldedauer und -häufigkeit durch Positionsverbesserung (und Übernahme größerer Verantwortung) war nicht zu erkennen.

11. Es bestehen keine deutlich geringeren Fehlzeiten durch Krankmeldung bei arrivierter Position.

12. Die Größe des Krankenhauses und der Abteilung haben keinen erkennbaren Einfluß auf die Krankmeldung.

13. Während die Gesundheitsamtärzte in allen Altersgruppen, in denen sie vertreten sind, entsprechend der Größe ihres Gruppenanteils mit Krankmeldungen vertreten sind, differieren Gruppenanteile und Anteil der Krankmeldungen bei den klinisch tätigen Ärzten zum Teil erheblich.

14. Der Gipfel der Krankmeldungen über das Jahr liegt im Februar, die geringste Krankmeldehäufigkeit weist der Juli auf.

15. Absolut am häufigsten zur Krankmeldung kommt es am Montag, während die meisten der Krankmeldungen am Sonntag enden.

16. Lange Zugehörigkeit zum Arbeitsplatz führt nicht zu einer Senkung von Krankmeldehäufigkeit oder -dauer.

17. Mit zunehmender Zugehörigkeit zum Arbeitsplatz nimmt der Anteil der Kurzkrankmeldungen zwischen 1 und 3 Tagen, die unabhängig von der Dauer der Zugehörigkeit zum Arbeitsplatz die größte Gruppe bilden, etwas ab, ohne daß Altersgründe hierbei eine ausreichende Erklärung bieten.

Kongreßbesuche

18. Der erste Kongreßbesuch verteilt sich etwa gleichmäßig auf das erste und zweite Berufsjahr. Jedoch spielt hierbei das Angebot eine entscheidende Rolle, das zwischen 1945 und 1968 erheblich zunahm.

19. Entsprechend dem größeren Angebot hat zwischen 1945 und 1968 in allen Positionen der Kongreßbesuch der Ärzte zugenommen.

20. Es scheint eine Tendenz dahingehend zu bestehen, daß früher Kongreßbesuch (im ersten Berufsjahr) gleichzeitig häufigeren Kongreßbesuch und weniger krankmeldebedingte Fehlzeiten bedeutet.

21. Bei den Frühkongreßbesuchenden findet sich ein besonders hoher Prozentsatz von Ärzten, die unmittelbar an den Schulabschluß anschließend das Medizinstudium aufgenommen haben.

22. Die arrivierte Position ist bei den klinisch tätigen Ärzten in der Regel mit verstärktem Kongreßbesuch verbunden, der jedoch häufig erst nach Qualifikation oder Positionsverbesserung eintritt. Somit scheint der Kongreßbesuch kein geeigneter Parameter für Berufsinteressiertheit zu sein.

23. Die Jahresgipfel der Kongreßangebote liegen im Mai und September, die Gipfel der Kongreßbesuche im April und September.

24. Internistisch tätige Ärzte besuchen besonders häufig Kongresse.

25. Die Größe des Krankenhauses und der Abteilung haben keinen entscheidenden Einfluß auf die Häufigkeit von Kongreßbesuchen.

26. Die Gesundheitsamtärzte sind überdurchschnittlich alt.

27. Arrivierte Position hat nicht einen besonders glatten Übergang von der Schule zum Medizinstudium zur Voraussetzung, wenngleich dies überwiegend der Fall war.

28. Wegen der erheblichen äußeren Einflüsse ist das Abituralter vergleichend nicht zu bewerten gewesen.

29. Ebenfalls durch äußere Umstände erheblich beeinflußt wurde häufig die Studiendauer, die im Durchschnitt bei den Chefärzten am kürzesten war.

30. Die väterlichen Berufe waren leider zu unvollständig und ungenau angegeben, als daß durch sie ein Bild des Einflusses des häuslichen Milieus zu verdeutlichen gewesen wäre.

31. Bei aller Unvollkommenheit möchte diese Arbeit als Anregung dienen, den Fehlzeiten durch Krankmeldung auch unter der Einteilung nach Berufen vergleichend nachzugehen.

VI. Literaturverzeichnis

(1)	Amthauer,A.	Ergebnisse einer Studie über krankheitsbedingte Fehlzeiten- Psychol. Rundschau, 14,1963.
(2)	Baldamus, W.	Krankenstand, Fehlzeiten u. Arbeitsunfälle: Internationaler Vergleich -Handbuch der Sozialmedizin, Bd.III Enke-Verlag, 1975.
(3)	Bashford,H.H.	Some aspects of sick absence in industry-Brit.J.of Industr.Med.1,1944.
(4)	Baumgartel,H. and R. Sobol	Background and organizational factors in absenteeism-Personn.Psychol.12,1959.
(5)	Behrendt,H.	Absence under Full Employment-University of Birmingham, 1951.
(6)	Bews, D.C.	A medical program to assist management in the control of absenteeism- J.occup. Med.5, 243-250, 1966.
(7)	Blohmke,M.	Verhältnis zwischen Krankenstand, sozialen Daten u. ausgewählten objektiven u. subjektiven Krankheitszeichen- Arbeitsmedizin-Sozialmedizin, Arbeitshygiene, Bd. 37, S.102-112, 1969.
(8)	Blohmke,M., R. Depner,A.Frederking u.O.Stelzer	Einfluß medizinischer u. sozialer Variablen auf die Fehlzeiten in zwei Betrieben-Arbeitsmedizin- Sozialmedizin, Arbeitshygiene, 5, Heft 2,S.32-38, 1970.
(9)	Blohmke, M. et al.	Soziale Faktoren u. Krankheit , eine Epidemiologische Studie - Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 53, 1975.
(10)	Blohmke, M. u. K. Jost	Krankenstand, medizin. Sicht-Handbuch der Sozialmedizin, Bd.III, Enke Verlag 1975.
(11)	Blum, M.L.	Industr. Psychology and its Social Foundations, 1949.

(12) Brodman,K. and L.P. Hellmann — Absenteeism and separation in relation to length of employment - Industr.Med.16,1947.

(13) Dahrendorf,R. — Sozialstruktur des Betriebes - 1959.

(14) Enterline, P.E. — Social causes of sick absence - Arch. environm.Hlth.12,p.467-473,1966.

(15) v. Ferber — Die soziale Kontrolle der Arbeitsleistung im Industriebetrieb u. ihre Grenzen - Soziale Welt,13,S.128,1962.

(16) v. Ferber — Der kranke Mensch in der soz. Krankenversicherung. Ein soziologischer Beitrag zur Frage von "Leistung" und "Versagen" - Med. Sachverständige,64, S. 105,1968.

(17) v. Ferber — Ergebnisse arbeits- u. betriebssoziologischer Untersuchungen zum Krankenstand - Die Ortskrankenkasse,51,S.141,1969.

(18) Flügge, G. — Einige Faktoren des Krankenstandes u. deren Beeinflussungsmöglichkeiten - Arbeit und Leistung 2/3, 1966.

(19) Forssman,S. — Arbeitsabwesenheit - in: Lehmann,G., H. Symanski u. H.Wittgens (Hrsg.): Arbeitspsychologie, Medizinische Berufskunde u. Grenzgebiete - Handbuch d. ges. Arb.Med. Bd.5,1961.

(20) Fox, J.B.and Scott,J.F. — Absenteeism: Managements problem - Harvard University, Bureau of Business Research Study, No.29,1943.

(21) Frank,K.O. — Die Verbesserung der analytischen Tätigkeit zur planmäßigen Senkung des Krankenstandes - Hochschule f. Ökonomie, Ost-Berlin (zitiert aus "Der Spiegel", Nr.9, 1970).

(22) Frederking,A. — Übersicht über das Fehlzeitenproblem in den letzten 50 Jahren und ein Vergleich mit einer Erhebung in einem Dienstleistungsbetrieb in den Jahren 1962-66 - Diss. Heidelberg, 1969.

(23) Frederking, A. Fehlzeiten: Literatur - Überblick und Ergebnisse einer Erhebung in einem Dienstleistungsbetrieb - Ärzteblatt Baden-Württemberg 11/71, S.644-649.

(24) Friedrichs H. Betriebliche Maßnahmen zur Eindämmung der Fehlzeiten - Dtsch.Inst.f.Betriebswirtsch. (Hrsg):Fehlzeiten im Betrieb -1961.

(25) Gafafer,W.M. Absenteeism-in: Manual of Industrial Hygiene and Medical Service in War Industries - W.B. Saunders Comp., Philadelphia/London, 1943.

(26) Gafafer,W.M. and R.Sitgraves The age factor in disabling morbidity - Publ. Health Rep.No.60,1945.

(27) Goosen,F. Das Handbuch der Personalführung - Bd.1, 2.Aufl., 1956.

(28) Gordon et.al. Patterns of Sickness Absence in a Railway Population-Brit.J.of Industrial Medicine,16,230,1959.

(29) Heckel,H. Übersicht über das Schulwesen im Bundesgebiet-Weitmann-Greven-Verlag, 1952.

(30) Hoffmann,R. Krankheit und Arbeitsmoral - Der Arbeitgeber, 13,1961.

(31) Kultsch, E. Noch einmal: Schulbildung und Krankheit; Kritische Bemerkungen-Arbeit und Leistung, 25,S.132-133,1971.

(32) Jackson,J.H. Factors involved in absenteeism - Personn. J.,22,1944.

(33) Kellner,W. Unternehmer und Arbeitsmoral - Kölner Zschr.f.Soziol.u.Sozialpsychologie,12, 1960.

(34) Kellner,W. Der moderne soziale Konflikt, seine Ursachen und seine Überwindung i. Betrieb, 1961.

(35) Kellner,W. Soziologische Ursachen eines hohen Krankenstandes-in: Stirn,H. u.H.Paul (Hrsg.) Der Aussagewert des Krankenstandes,1963.

(36) Kellner,W. Zusammenhänge zwischen soziolog. Situationen u. Krankheit - I.Mitteilung in Arbeit und Leistung,21, Heft 8, S. 169-171, 1967a.

(37) Kellner,W. Zusammenhänge zwischen soziol. Situationen u.Krankheiten,II.Mitteilung-Arbeit und Leistung,21,S.188-192,1967b.

(38) Kellner,W. Zusammenhänge zwischen soziol. Situationen u. Krankheiten,III.Mitteilung-Arbeit und Leistung,21, S.204-208,1967c.

(39) Kellner,W. Zusammenhänge zwischen soziol.Situationen u. Krankheiten, IV.Mitteilung - Arbeit und Leistung,22,S.56-57,1968a.

(40) Kellner,W. Zusammenhänge zwischen soziol.Situationen u. Krankheiten,V.Mitteilung - Arbeit und Leistung,22,82-83,1968b.

(41) Kellner,W. Zusammenhänge zwischen soziol.Situationen u.Krankheiten, VI.Mitteilung - Arbeit und Leistung,22,S.106-108,1968c.

(42) Kellner,W. Schulbildung und Krankheit - Arbeit und Leistung, 24, S.167-170,197o.

(43) Kellner,W. Und noch einmal:Schulbildung und Krankheit, Erwiderung -Arbeit und Leistung, 25, S.134, 1971.

(44) Kellner, W. Abermals: Schulbildung und Krankheit - A.u.L.,26,S.96-97,1971a

(45) Kellner,W. Berufsausbildung u. Krankheit - A.u.L., 5, S.135-136,1973.

(46) Koch Bestallungsordnung f. Ärzte (Einführung) - 9. Auflage, 1966, Deutscher Ärzte-Verlag.

(47) Lowell,W., Ph.D.Gerson and J.K.Skipper Job Status and Expectations of Exemptions from Work Due to illness - J. of Occupational Medicine/Vol.15,No.8,p.633-634,1973.

(48) Mann,F. and H.Baumgartel Absence and employee attitudes in an electric power company-University of

(48)		Michigan, Human Relations Program Series 1, Report No.2,1952.
(49)	Metze,H.-Th.	Fehlzeitenuntersuchungen im englischen Sprachraum-in:Dtsch.Inst.f. Betriebswirtschaft (Hrsg.): Fehlzeiten im Betrieb, 1962.
(50)	v.Miskolczy	Gesundheitl. Vorbedingungen d. Eignung für den Arbeitsplatz - Arbeit und Leistung, 22, S.29-34,1968.
(51)	Neubert,H.	Der Krankenstand in den Jahren 1964 u. 1965 im langfristigen Vergleich - Arbeit und Leistung,20,S.18-22,1966.
(52)	Noland,E.W.	Why do workers stay away - Factory Management Maintain 104,1946.
(53)	Norman,L.et al.	Health in Industry, A Contribution to the Study of Sickness Absence, Experience in London Transport-Butterworth & Co.(Publishers) Ltd.London,1956.
(54)	Panakal,J.	Industrial absenteeism - Indian.J.Soc. Work 6,1946.
(55)	Pflanz,M.	Sozialer Wandel und Krankheit - 1962.
(56)	Pierloot,R., Gelissen,L.,and M. Reynders	Psycho-Social factors in industrial absenteeism by illness-in: Jores,A. (Hrsg.): Fortschritte der Psychosomatischen Medizin, Vol.1, Symposium of the Fourth European Conference on Psychosomatic Research, 1960.
(57)	Plummer,N.	Absenteeism in industry-Advanced Management 25,1960.
(58)	Prigge,H.	Praktische Maßnahmen gegen den unechten Krankenstand-Mensch und Arbeit 14,1962.
(59)	Pschyrembel,W.	Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen, 185-250.Auflage, 1969.
(60)	Pugh,D.S.et al.	Sickness Absence among Railway Clerical Staff-Brit.J.of Industrial Medicine 16,1959.
(61)	Ruch,L.F.	Psychology and Life-4th ed.New York,1953.

(62) Schäfer,H. Der Beruf als soziale Erfüllung - Referat (Einzelausgabe ohne Jahreszahl).

(63) Schelsky,H. Die Bedeutung des Berufes in der modernen Gesellschaft - 1959.

(64) Schmidt,W. Psycholog. Aspekte der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Betrieb - 1967.

(65) Shepherd,R.D and J.Walker Absence from work in relation to wage level and family responsibility - Brit. J.Industr.Med. 15,1958.

(66) Silomon,H. Probleme des Absentismus und seiner Differentialdiagnostik - Med.Klin. 68, S. 221,1973.

(67) Sopp,H. Was der Mensch braucht - 1958.

(68) Sopp,H. Zur Soziologie des Krankenstandes - Münch.Med.Wschr. 100,1958a.

(69) Sopp,H. Sozialpsycholog. Analyse des Krankenstandes-in:Dtsch.Inst.f.Betriebswirtschaft (Hrsg.): Fehlzeiten im Betrieb -1962.

(70) Sopp,H. Sozialmedizinische Aspekte des Krankenstandes-Aetiologie, Hygiene,Praevention-Arbeit und Leistung 20,S.45-52,1966.

(71) Spiegelhalter,F. u.F.Schnabel Die Struktur des Krankenstandes i.d. Industrie - Der Arbeitgeber, Nr. 10, S.302-307, 1962a.

(72) Spiegelhalter,F. u.F.Schnabel Die Streuung des Krankenstandes in der deutschen Industrie-in:Dtsch.Inst.f. Betriebswirtschaft (Hrsg.): Fehlzeiten im Betrieb - 1962b.

(73) Spiegelhalter,F. u.F.Schnabel (1962c) in: Stirn,H. und H. Paul (Hrsg.): Der Aussagewert des Krankenstandes - 1963.

(74) Spriegel,W.R., J.C.Staehle and R.W.Kleemeier The role of psychology in absence-Proceed. Off.Management Ass., 1943.

(75) Stirn,H. Der Verlauf der Krankenstandskurve - in:Stirn,H.u.H.Paul (Hrsg.):Der Aussagewert des Krankenstandes - 1963.

(76) Stirn,H. Das Problem der Fehlzeiten aus der Sicht eines Personalleiters - Arbeit und Leistung 20, S. 213-217, 1966.

(77) Stockhausen,J. Millionen für die ärztliche Fortbildung - Deutsches Ärzteblatt,65.Jhrg.,Heft 5, S. 237-243,1968.

(78) Stockhausen,J.u. R.Schiffbauer Ärztliche Fortbildung, Stand,Umfang und Wege - Deutsches Ärzteblatt, 70. Jhrg.,Heft 15,S.985-988,1973.

(79) Taylor,P.J. Individual variations in sickness absence-Brit.J.occup.Med.24,p.169-177, 1967.

(80) Taylor,P.J. Personal factors associated with sickness absence - Brit.J.occup.Med.25, p.106-118, 1968.

(81) Thomson,D. Sickness absence in the civil service - Proc.roy.Soc.Med. Vol.65,p.572-577, 1972.

(82) Ulich,E. Über Fehlzeiten im Betrieb - 1965.

(83) Wyatt, S. and R. Mariott Night work and shift change - Brit. J.Industr.Med. 10,1953.

Lebenslauf

31.8.1937	in Berlin geboren
1943	nach kriegsbedingtem Umzug Einschulung in Nauen
1956	Ablegung der Reifeprüfung in Berlin (West) und Beginn des Studiums der Humanmedizin an der FU Berlin
1971	nach mehrjähriger Studienunterbrechung Ablegung der ärztlichen Prüfung in Berlin
1972	nach MA-Zeit in Berlin und Hannover Erteilung der Approbation
1.1.73-31.3.76	Arzt in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin
Seit 1.4.76	Arzt in der psychiatrisch-neurologischen Abteilung des Wenckebach-Krankenhauses in Berlin

Dissertationsdruck Fred Höpfner
Pestalozzistr. 106 (Ecke Bleibtreustr) 1 Berlin 12
312 88 85
313 81 98